This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

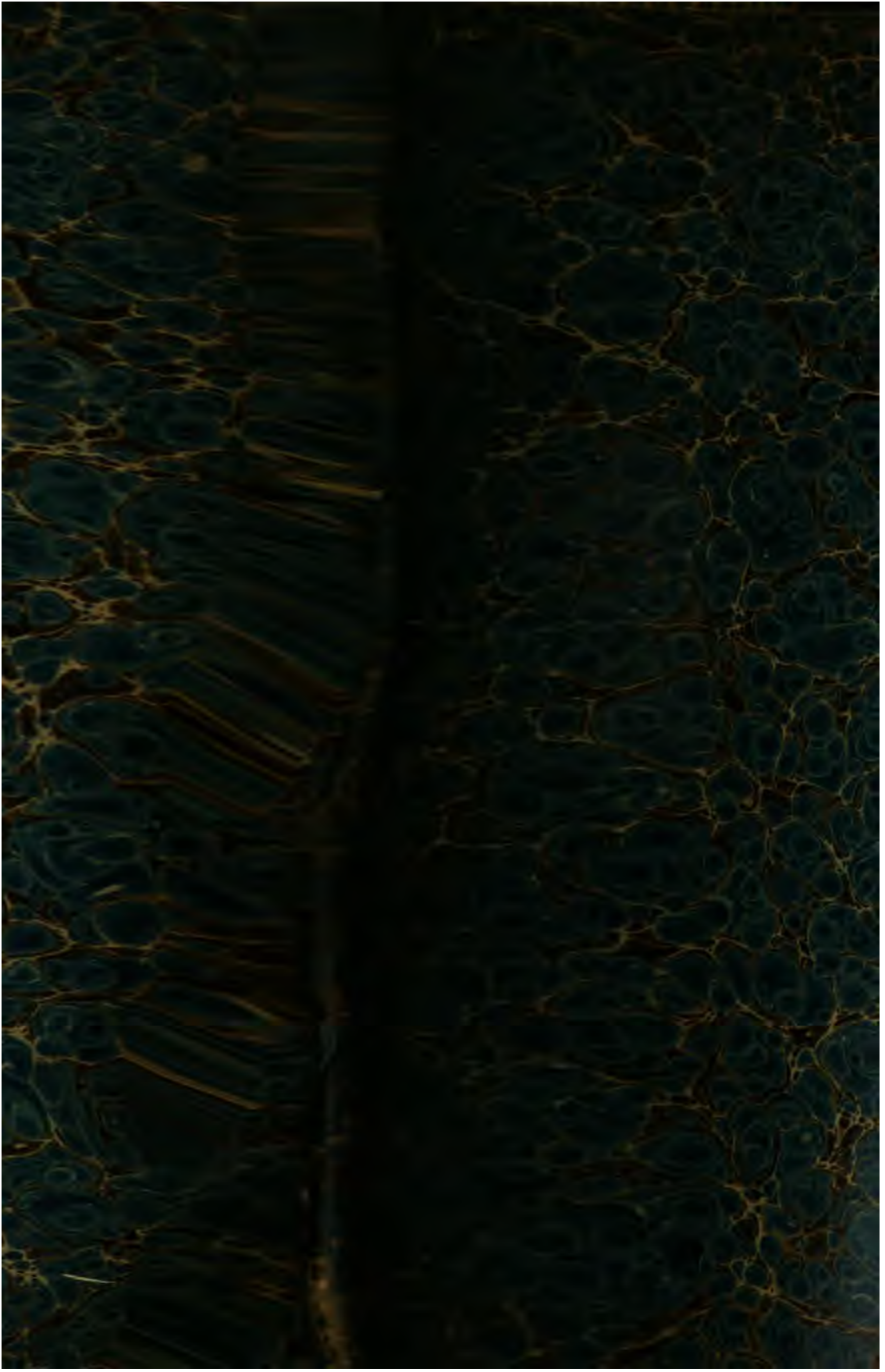
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON P. TAENZER IN BREMEN

REDIGIERT VON

P. G. UNNA.

EINUNDZWANZIGSTER BAND.

1895.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT FÜNF TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1895.

BOSTON MEDICAL
AUG 9 1897
LIBRARY.

CATALOGUED
AUG 9 1897
E. H. B.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Zur Färbung der roten Blutkörperchen und des Pigments, von P. G. Unna 1
Über die atrophierenden Formen der Ichthyosis und ihre Histologie, von Ch. Audry 9
Neueres über Jodvasogen, von Leo Leistikow 12
Noch einige Worte über das Wesen des einfachen, kontagiösen Geschwüres, von A. Ducrey 57
Die verschiedenen Phasen des Streptobacillus ulceris mollis, von P. G. Unna ... 61
Chromsäure-Lapisätzung in der syphilidologischen Praxis, von C. Boeck 81
Geschwüriges Syphilid des Pharynx, von A. Ravogli 110
Über das Epitrichium beim Menschen, dessen physiologische Funktionen, sowie Einfluſs auf die Entstehung von Hautkrankheiten, von A. H. Ohmann-Dumesnil 113
Bleiwasserliniment in der Hauttherapie, von C. Boeck 120
Zur Histologie des Milzbrandödems, von Louis Hammerschlag 157
Über die angioplastische Resorption des Epithels der äuſseren Haut, von Ch. Audry 166
Ein Frostmittel, von C. Boeck 171
Syphilis haemorrhagica neonatorum oder Sepsis? von Moritz Cohn 209
Über Verwendung von Anilinmischungen zur tinktoriellen Isolierung von Gewebselementen, von P. G. Unna 215. 271
Oleum physeteris s. chaenoceti, Entenwalöl als Salbenconstituens besonders bei der Behandlung von Acne vulgaris, von C. Boeck 228
Über die verschiedenen Prurigoformen, von V. Mibelli 258
Beitrag zur Behandlung des Gesichtslupus, von Scharff 281
Über die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Hautkrankheiten, von P. Tommasoli 309
Zur Kasuistik der Hauttuberkulose, von Julius Müller 319
Über Myronin, von J. Nemann 323
Beitrag zur Kenntnis der Entzündung der Glandula vestibularis major (Bartholini), von R. Bergh 361
Über Nosophen, von A. Herz 384
Zur Geschichte und Anatomie des Favusscutulums, von J. C. Kellogg 413
Über „Chancre mixte“, sowie eine Bemerkung über Fingers Auffassung des Ulcus molle, von R. Krefting 434
Zur Behandlung der Verbrennungen ersten und zweiten Grades mit Ichthyol, von Leo Leistikow 441
Das Leistensystem der Oberhaut beim Hunde, von H. Brandt 465
Über die Verwendung von Nuklein-Nährböden, von Emil Tauffer 481
Färbung der Mikroorganismen in der Haut, mit Anschluſs der Hornorganismen, von P. G. Unna 533

Seite

Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen an einem Falle von Harnröhrentripper mit Gelenks- und Hautaffektionen, von P. Colombini..... 548
Histologie der Hautentzündung durch Pyrogalloleinwirkung, von Emil Buck... 601
Über die Pluralität der Trichophytonpilze, von V. Mibelli..... 613
Über Nikotianaseife, von P. Taenzer..... 631

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin..... 14. 122. 172
Verhandlungen der Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society 18. 291. 331. 386
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie. 82. 132. 175. 228. 636
Nachtrag zu dem Bericht über den IV. Kongrefs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu Breslau vom 14.—16. Mai 1894..... 130
Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr..... 174
Dermatologische Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland..... 232. 325
Londoner dermatologische Gesellschaft..... 233
Verein für innere Medizin in Berlin..... 282
Gesellschaft der Ärzte in Wien..... 283
Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau..... 284
Aus der Jahresversammlung der amerikanischen ärztlichen Vereinigung..... 284
New Yorker dermatologische Gesellschaft..... 286. 491
Vereinigung amerikanischer Ärzte für Harn- und Geschlechtskrankheiten 326. 447. 488
New Yorker Akademie der Medizin..... 329. 385. 490
Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXIV. Kongrefs (1895) 443
Aus den Verhandlungen der Anatomischen Gesellschaft (IX. Kongrefs) zu Basel. 444
Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin..... 444
British Medical Association..... 445
Festsitzung der Berliner dermatologischen Vereinigung zu Ehren des Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. G. Lewin bei dessen fünfzigjährigem Doktorjubiläum am 12. November 1895..... 634
Verhandlungen der Moskauer dermatologischen Gesellschaft..... 640

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis..... 21. 135. 332. 492
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie..... 25. 241. 343. 559
Journal des Maladies cutanées et syphilitiques..... 26. 242. 560
Annales des maladies des organes génito-urinaires..... 27. 181. 345. 454. 648
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.... 86. 145. 179. 248. 456. 500. 649
Clinica dermosifilopatica della reale Università di Roma..... 88
Dermatologische Zeitschrift..... 140. 448
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane..... 237. 340. 497
The British Journal of Dermatology..... 244. 451. 497. 646
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle..... 455. 499. 561
Deutsches Archiv für klinische Medizin..... 651

Besprechungen.

Über Bindegewebszellen, insbesondere über Plasmazellen, von W. Waldeyer... 251
Jahresberichte über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, von P. Baumgarten..... 252
Die geschlechtliche Ansteckung. Ein Mittel zu ihrer Verhütung, von F. S. Kamp 252

Seite
Klinische Vorlesungen über Syphilis, von E. v. Düring 502
Über einige Abänderungen in der Technik der Skarifikationen bei Acne rosacea, von H. Fournier 503
Über den Einfluſs der Pockenkrankheit auf Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Fötus, von Leonhard Voigt 503
Genito-urinary and Veneral Diseases, von C. H. Chetwood 504
Die Chirurgie der Urethra, der Harnblase und der Prostata, von V. Rochet ... 504
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Max Joseph 563
Geschichte und Pathologie der Impfung, von Crookshank 563
Die Krankheiten und Mifsbildungen des Fötus, von Ballantyne 563
Über die Einwirkung seelischer Erregungen des Menschen auf sein Kopfhaar, von J. Pohl 564
Über Adenomata sebacea, von R. Barlow 651
Eröffnung der Vena anonyma durch ein zerfallendes Gumma, von Hans Stöcklin 651
Zur Histologie der syphilitischen Erkrankung der Hirnarterien, von P. Wendeler 651
Über Aortenerkrankung bei Syphilitischen und deren Beziehung zur Aneurysmabildung, von Döhle 651
Über die Cirkumcision vom therapeutischen und prophylaktischen Gesichtspunkte aus betrachtet, von Tomès 651
Grundzüge einer allgemeinen Pathologie des Gefäſssystems, von Lukjanow 652
Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, von Ed. Lang 652

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

Anatomisches.

Die Arterien der menschlichen Haut, von W. Spalteholz 652
Das Pigment der Haut, von Ch. Audry 652
Die Weigertsche Fibrinfärbungsmethode und das Studium des Oberhautpigments, von S. Ehrmann 653

Physiologisches.

Über die Entwickelung des Pigments bei urodelen Amphibien, von S. Ehrmann 653
Die Resorptionsgesetze, von L. Lewin 653

Hygienisches.

Bericht über eine zum Studium der Prostitution und der Prophylaxe der venerischen Krankheiten unternommene Reise, von J. Jadassohn 654

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Entstehung der Geschwülste, von Ribbert 505
Vorlesung über einige ungewöhnliche Tumoren, von J. Bland Sutton 505
Ein Fall zur Illustration der Infektion bei Hautkrankheiten, von Alfred Eddowes 506
Über Mastzellen im tierischen und menschlichen Hoden, von F. Münchheimer 506
Beiträge zur Klinik und mikroskopischen Anatomie der Neubildungen des äufseren und mittleren Ohres, von R. Haug 506
Über die Absorption durch die Haut, von Destot 507
Über den Einfluſs der Elektricität auf die Absorption durch die Haut, von Aubert 507
Über die Absorption der Salicylsäure durch die Haut, von Linossier und Lannois 508
Über Quecksilberabsorption durch die Haut und die Respirationsorgane, von Lépine 508
Über Allgemeinwirkungen örtlich reizender Stoffe, von Rudolf Winternitz .. 508

Seite
Wiederherstellung der Haut durch autoplastische Transplantation, von Ollier .. 509
Über Hauttransplantation nach Thiersch, von Jungengel 509
Hautlappentransplantationen, von Koutznetsoff..... 509
Klinische und anatomisch-histologische Veränderungen der transplantierten Haut und Schleimhaut, von M. Schiavoni 509
Transplantationen von Schwämmen auf atonische, geringe Tendenz zur Verheilung zeigende Geschwüre, von F. Ruocco 510
Zur Morphologie des Eiters verschiedenen Ursprungs, von W. Janowsky..... 510
Die Protozoen als Krankheitserreger, von L. Pfeiffer 510
Über Hautleiden in Zusammenhang mit Gicht, von J. Hutchinson..... 511
Zur hygienischen Hautpflege, von Bilfinger..... 511
Die Goldverbindungen und deren Verwendung bei einigen Hautkrankheiten und bei Syphilis, von A. H. Ohmann-Dumesnil 511
Die Sulfuraria der Thermen von S. Filippo in der Behandlung der Hautkrankheiten, von P. Colombini 512
Einige Erfahrungen mit der Thyreoidtherapie, von L. Stieglitz..... 512
Über die Thyreoidbehandlung, deren Geschichte und Wert in der internen Medizin, von S. J. Meltzer 512
Die Elektricität als Cosmeticum, von J. V. Shoemaker..... 513
Über aseptische Behandlung von Eiterungen, von H. Zeidler 513
Von der Kuhpockenimpfung bis zur Serumtherapie, von S. Samuel..... 513

Pharmakologisches.

Über Aristol, von C. Gevaert..... 458
Airol (Wismutoxyjodidgallat), von J. Falun 458
Über Airol, von Fritz Lüdy..... 458
Verhalten von Jodoform zu Kalomel, von Schweissinger..... 459
Das Europhen der Chirurgie, von De Buck und Walton..... 459
Bericht über das Jahr 1894, von E. Merck..... 459
Unguentum vegetabile, eine neue Salbengrundlage, von Golmier 460
Über Loretin und Loretinsalze, von F. Blum und A. Bärwald 460
Europhen, von Cl. S. Eldredge 460
Weitere Erfahrungen über das Resorbin, von R. Ledermann 461
Haarfärbemittel 461
Polyneuritis infolge von akuter und subakuter Quecksilberintoxikation, von Spillmann und Étienne..... 461
Über merkurielle Exantheme, von O. Rosenthal..... 461

II. System der Hautkrankheiten.

Angioneurosen.

Angeborene Cyanose, von Simon..... 566
Oedema cyanoticum (oedème bleu) hystericum, von Mazzochi 566
Über die Hyperglobulie in ihren Beziehungen zur kongenitalen Cyanose, von Variot..... 566
Über mechanische Behandlung der Hautwassersucht, von H. Schurz..... 566
Hautödem, von Ricochon..... 566
Über alimentäre Dermatosen bei Kindern, von Guida 566
Über Flohstiche, Flohstich-Urticaria und Urticaria pigmentosa, von J. Hutchinson 567
Dermographismus, von Augagneur 567
Albuminurie und Exantheme nach Injektion von Diphtherieserum, von Kollmann 567
Über die Exantheme bei Serumtherapie, von W. Dubreuilh 567
Zur Kasuistik der Heilserumexantheme, von J. Asch..... 567
Scharlachausschlag nach Einläufen, von G. E. Hale-Eton 568
Scharlachartiger Ausschlag bei Influenza, von H. Ashby..... 568
Ätiologische Prophylaxe und Behandlung der medikamentösen Erytheme, von Morel-Lavallée..... 568

Seite

Ein Fall von akuter Vergiftung nach gleichzeitiger externer Anwendung von Tannin und Kaliumpermanganat, von E. Harnack ... 568
Einige Bemerkungen über Veränderungen der Haut nach Quecksilbergebrauch und über einen Fall von Digitalisexanthem, von Friedheim ... 569
Zwei Fälle von Phenacetinexanthem, von Milbourne West ... 569
Zum Kapitel der Antipyrinexantheme, von Martin Brasch ... 569
Ein Fall von Muschelvergiftung mit tödlichem Ausgange, von E. B. Hill ... 570
Auf Hysterie beruhender Fall von Trophoneurosis cutanea, von Frèche ... 570
Notizen über 58 Fälle von hämorrhagischer Diphtherie, von Harald Austen und Harry Cogill ... 570
Über Hämophilie, von Fischer ... 570
Ein letaler Fall von Peliosis rheumatica, kompliziert durch maligne Endocarditis, von Henry Price ... 570
Chronische Werlhofsche Krankheit, von Morfan ... 571
Beitrag zur Lehre von der Purpura, von Alfred Grotjahn ... 571
Purpura haemorrhagica mit Gehirnblutung, von G. J. Newgarden ... 571
Retinitis albuminurica im Anschlufs an Purpura haemorrhagica rheumatica, von Prentiss ... 571
Der infantile Skorbut und seine Beziehung zu Rhachitis, von Thomas Barlow 571
Infantiler Skorbut oder hämorrhagische Rhachitis? von L. Fürst ... 572
Beitrag zur Kenntnis des Skorbuts, von P. Albertoni ... 572

Entzündungen.

I. Traumatische.

Zur Theorie des Verbrennungstodes, von Oscar Silbermann ... 572
Todesursachen und Organveränderungen nach Verbrühung, von St. Markusfeld und T. Steinhaus ... 573
Zur Therapie der Brandwunden, von Karl Schmid ... 573
Über Dermatitis durch Berührung einer Primel, von G. Riehl ... 573
Über Hautgangrän aus inneren Ursachen (Gangraena cutanea medica), von Achard 574

II. Neurotische.

Hauteruption hysterischen Ursprungs, von W. Dubreuilh ... 574
Ein Fall von Herpes pharyngis, von Richard Heller ... 574
Herpes zoster femoro-cutaneus im Verlaufe von Carcinoma uteri, von Charrière 575
Psychische Einflüsse auf die Entstehung von Herpes zoster, von F. L. Pochin .. 575
Blutuntersuchungen in Bezug auf die Entstehung des Herpes zoster durch Malaria, von J. M. Winfield ... 575
Über Herpes zoster, von Ludwig Schlitt ... 575
Über Augenaffektionen beim Erythema polymorphum, von Terson ... 575
Über Erythromelalgie und Augenleiden, von A. Nieden ... 576
Ein Fall von Erythromelalgie, von Elmar Fischer ... 576
Beitrag zur Lehre von der Dermatitis herpetiformis, von E. Frantz ... 576
Drei Fälle von Dermatitis herpetiformis bei Schwangerschaft (Herpes gestationis), von Elliot ... 576
Dermatitis herpetiformis, von Alex. Haslund ... 576

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Sparteineinpinselungen bei akuten Infektionskrankheiten mit Hauteruptionen, von Guinard und Geley ... 292
Statistisches und Klinisches über Scharlach, von Bernhard Hildebrand ... 292
Scharlach mit hoher fieberhafter Temperatur, mit heftigen Delirien verbunden; Besserung durch Guajakol, von Fr. E. Peckham ... 293
Scarlatina, von Lofs ... 293

Seite

Die schwereren Formen des Scharlachfiebers mit besonderer Berücksichtigung der antipyretischen Behandlungsmethode, von John H. Carslaw ... 293
Rheumatismus bei Scharlach, von Aubrey Holges ... 293
Ein neuer Fall von Scharlachpocken, von Louis Wolberg ... 293
Meningitis bei Scharlachkranken, von S. Z. Bendel ... 293
Septikämie bei Scharlach, von D. Macartney ... 293
Skarlatine und skarlatinöse Halsentzündung, ein Beitrag zur Übertragung durch Milch, von Chalmers ... 294
Zur prophylaktischen Behandlung der Scarlatina, von Tynell ... 294
Behandlung der Scarlatina mit Salol und Milchdiät, von Quioc ... 294
Die Unterschiede zwischen epidemischer Roseola (Röteln) und Masern und Scharlach, von Cl. Dukes ... 294
Eine Masern- und Rötelnepidemie, von Claus ... 294
Die Diagnose der „Röteln", von Donkin ... 295
Frühzeitiges Erkennungszeichen der Masern, von Bolognini ... 295
Morbillen ... 295
Über Anomalien und Komplikationen von Masern, von Ch. Fiesinger ... 295
Respiratorische und nervöse Komplikationen der Röteln, von Audéoud und Jaccart ... 296
Periphere Neuritis nach Masern, von Monro ... 296
Ein Fall von malignen Masern, von Wilson ... 296
Variola, von Webber ... 296
Über eine Pockenepidemie des Jahres 1893 zu Frankfurt a. M. und Umgebung, von Grandhomme ... 296
Bemerkungen und Fragen bei Pocken, von Poster ... 296
Die Luftübertragung der Variola von Hospitälern aus, von Mc. Vail ... 296
Die Sporozoen von Variola und Vaccine, von Jackson Clarke ... 297
Einige Beobachtungen über die Morphologie der Sporozoa von Variola, sowie über die Pathologie der Syphilis, von J. Jackson Clarke ... 297
Administrative Prophylaxe der Variola in Paris im Jahre 1893/94, von Martin 297
Der Pockenbericht aus englischen Städten ... 297
Ausbruch von Pocken, von Thresh ... 297
Eine persönliche Erfahrung mit Pocken, von Warren White ... 297
Eine Variolaepidemie, Vaccination und Revaccination, von Snell ... 297
Pocken in einer Bettlerherberge, von Dunlop ... 298
Pockenquarantäne und Isolierung in Leicester 1892/93, von Priestley ... 298
Ein Pockenfall und seine Lehren, von Moore ... 298
Behandlungsweise der Variola, von Plicque ... 298
Behandlung der Pocken mit Ausschluſs der chemischen Strahlen des Sonnenlichtes, von Moir ... 298
Behandlung der Variola durch Absperrung der chemischen Strahlen des Tageslichtes, von Hogner ... 299
Hereditäre Übertragbarkeit der Immunität gegenüber Vaccine, von Lop ... 299
Untersuchungen über Vaccine und Variola, von Ruffer und Plimmer ... 299
Experimentelle Untersuchungen über die Identität der Variola und Vaccine, von Juhel-Rénoy und Dupuy ... 299
Pathologie der Vaccine, von Copeman und Voigt ... 299
Weiteres über das von mir beschriebene Gebilde aus Vaccinelymphe, von Buttersack 299
Steht die Impfung mit animaler Lymphe in Übereinstimmung mit den heutigen wissenschaftlichen Lehren? von Jay ... 300
Das Kontagium der Vaccine und der Pocken, von Buttersack ... 300
Virulenz der animalen Lymphe, von Charpentier und Hervieux ... 300
Über die Virulenz der animalen Kuhpockenlymphe, von Hervieux ... 300
Die schützende Kraft der Impfung, von Baker ... 301
Die schützende Kraft der Impfung, von John H. Maccollom ... 301
Ein Bericht über die Wirksamkeit der Impfung beim Pockenausbruch in Marylebone, von Greenwood ... 301
Bericht vor der königl. Vaccinekommission, von Crookshank ... 301
Prämie für erfolgreiche Impfung, von G. E. Yarrow ... 301
Impfung in den Schulen, von Hervieux ... 301
Kratzmethode bei der Schutzpockenimpfung, von Sapelier ... 301
Kratzmethode bei der Kuhpockenimpfung, von Rafinesque und Raymond ... 301
Vaccine, von Alexander ... 302

Seite

Vaccination ... 302
Vermeidbare Unfälle und wichtige Vorsichtsmafsregeln bei der Impfung ... 302
Über einige Punkte, betreffend die Praxis der animalen Impfung, von Layet .. 302
Die Frage, betreffend Wiederimpfung, von Raymond ... 302
Tetanus nach Impfung, von Toms ... 302
Tod infolge der Vaccination, von Riginald Farrar ... 303
Über einen sonderbaren Fall von Vaccine, von Verneuil und Puttemans ... 303
Vaccina ulcerosa, deren Pusteln einen infektiösen Schanker vortäuschten, von Morel-Lavallée ... 303
Roseola-Vaccine, von F. W. van Haeften ... 303
Eine Schutzkappe für Vaccinepusteln, von F.W. van Haeften ... 304
Streptokokkeninfektion (eiterige Gelenkentzündungen, Endocarditis etc.) nach Varicellen, von Broca ... 304
Begleitende Eruption bei Varicellen, von Nissim ... 304
Ein Fall von peripherer Lähmung nach Varicellen, von Gay ... 304

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Kehlkopflepra, von Paul Berggruen ... 28
Klinische und anatomische Untersuchung eines Falles von generalisierter tuberöser Lepra, mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems, von M. Nonne 29
Über die Natur und Behandlung der Lepra, von R. H. L. Ribb ... 29
Zur Diagnose und Behandlung der Lepra, von P. A. Morrow ... 30
Die Kupfer-Silber-Medikation bei Lepra, von Rouffilange ... 30
Die Verteilung und Bekämpfung der Lepra in Nordamerika ... 31
Rechenschaftsbericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Liv- und Estland für das Jahr 1894 ... 514
Über die Verbreitung der Lepra auf der Insel Ösel, nach ihrem ätiologischen Zusammenhange betrachtet, von K. Dehio ... 514
Lepra trophoneurotica, von Gémy ... 515

β. Tuberkulose.

Über den chirurgischen Teil der sogenannten kombinierten Behandlung des Lupus, von A. Köhler ... 31
Bemerkungen über die chirurgische Behandlung tuberkulöser Affektionen bei gleichzeitiger Behandlung mit jod- und bromhaltigen Soolbädern, von v. Rosciewski ... 32
Ein Fall von Scrophuloderma verrucosum, von C. E. Nammack ... 33
Ein Mischfall an Syphilis und Tuberkulose des Mastdarmes, von R. Rieder ... 33
Pikrinsäure bei Lupus und anderen tuberkulösen Affektionen, von Spannocki. 33
Zur Ätiologie der tuberkulösen Affektionen der Mundhöhle, von Jarun ... 515
Beobachtungen an Leukocyten, sowie über einige therapeutische Versuche mit Pilokarpin bei der (Diphtherie?) Streptokokken-Angina, Lymphdrüsenerkrankungen, Tuberkulose und Lupus, von Louis Waldstein ... 515
Bemerkungen über Tuberkel und Tuberkulose der menschlichen Haut, von Leslie Roberts ... 516
Zwei Fälle von primärer Tuberkulose der Mamma, von Catellani ... 516
Über occulte Tuberkulose der Mandeln, von Dieulafoy ... 516
Ein Fall von Lupus vulgaris, von L. Mackall jr. ... 516
Über die Behandlung des Gesichtslupus, von Schultze ... 517
Beschreibung eines Falles von Lupus der Nase und des Rachens in frühem Stadium, von W. Downie ... 517
Lupus des Ohres und der Nase, von Goris ... 517

γ. Syphilis.

Vorübergehende Hemianopsie auf syphilitischer Basis, von E. J. Bernstein ... 33
Doppelseitige syphilitische Erkrankung des äufseren Gehörganges (Condylomata lata), von A. Bruck ... 34
Über syphilitische Ohrentzündung, von J. Hutchinson ... 34

Seite

Der milde Charakter und die verminderte Häufigkeit der Syphilis und das seltene Vorkommen der visceralen Syphilis, von J. H. Musser 34
Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Visceralerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis, von O. Lasch 35
Über syphilitischen Icterus, von Moritz Otto 35
Syphiloma ano-rectale, von Verneuil 36
Über gummöse Lymphome, von Walter Guttmann 36
Über Schilddrüsenschwellung in der Frühperiode der Syphilis, von Julius Engel-Reimers 36
Syphilis der Nägel, von L. Batut 37
Über die Beziehungen der Syphilis zum Diabetes, von Dubois-Havenith 37
Syphilis und Blattern, von J. Hutchinson 38
Die Syphilis in ihren Beziehungen zu Knochen- und Gelenkerkrankungen, von Fritz Berg 38
Syphilitische Erweichung des Radius, von Tschapine 38
Myositis gummosa des Vorderarmes, von L. Derville und P. Vallin 39
Haematoma durae matris auf luetischer Basis, von R. Hahn 39
Syphilis des Nervensystems, von J. F. Barbour 39
Die funktionellen Neuropathien und die Syphilis 40
Zoster syphiliticus intercostalis, von Jullien 40
Gehirnsyphilis mit Aphasie, von Jolly 40
Geistestörungen bei Syphilis, von Paul Kowalewsky 40
Syphilis des Rückenmarkes, von F. J. Smith 41
Syphilitische Tumoren des Rückenmarkes, die Syringomyelie vortäuschten 41
Beitrag zur Anatomie und Symptomatologie der syphilitischen Spinallähmungen, von J. Sottas 41
Ein kasuistischer Beitrag zur „Coxitis luetica“ und deren klinische Differentialdiagnose mit spinalen Arthropathien, von Stanowski 41
Myelitis syphilitica und Dementia, von A. Popof 42
Syphilis, welche amyotrophe Lateralsklerose vortäuschte, von Gilbert-Ballet .. 42
Syphilis und Dementia paralytica auf Island, von Ed. Ehlers 42
Zu der Abhandlung Dr. Ehlers' über „Syphilis und Dementia paralytica auf Island“, von Finnur Jonsson 43
Antwort auf den vorstehenden Artikel von Dr. phil. Finnur Jonsson, von Ed. Ehlers 43
Über die Beziehungen der allgemeinen Paralyse zur Syphilis, von A. Fournier 43
Über Tabes dorsalis als syphilitisches Leiden des Nervensystems, von L. O. Darkschewicz 43
Klinische Betrachtungen über die Beziehungen der Syphilis zur Tabes, von S. Lagoudaky 44
Ein Fall von Pseudotabes mit Arthropathia genu sinistri, von Ruhemann 44
Die Syphilis des Herzens, von Dehio 252
Pathologisch-anatomisches und klinisches Studium der syphilitischen cerebralen Arteriitis auf Grund einiger Beobachtungen, von Charrier und Klippel . 253
Spinale Thrombose und Hämorrhagie infolge von syphilitischer Erkrankung der Gefäfse, von Williamson 254
Über Syphilis tarda, von Fournier 254
Die Stigmata der hereditären Syphilis, von A. Fournier 255
Über eine seltene Form von Aortitis syphilitica, von G. Jona 517
Ein Fall von Syphilis haemorrhagica bei einem Neugeborenen, von William Courcy 518
Der Tertiarismus praecox, von A. Fournier 518
Intraokulare, retrobulläre Neuritis infolge von Syphilis hereditaria tarda, von Vignes 518
Hereditäre Syphilis von Bouiengier 518
Die von der hereditären Syphilis abhängigen Augenaffektionen, von Galezowski 519
Bericht über einige frische Fälle von maligner Syphilis, behandelt mit Thyreoidextrakt, von D. Menzies 519
Zur Verteidigung durch Behandlung des Primärsyphilids durch Excision, von E. E. King 519
Die Grundzüge der Syphilisbehandlung, von Stukowenkoff 519
Wann hat man mit der Behandlung der Syphilis zu beginnen? von J. Neumann 520
Die Heilung der konstitutionellen Syphilis, von Ziemssen 520
Wandlungen in der merkuriellen Syphilisbehandlung, von Neuhaus 521
Zur Behandlung der Syphilis in der Schwangerschaft, von Rumpe 521

Seite

Über die Frage der präventiven Behandlung der Syphilis, von Edw. Welander 522
Behandlung der syphilitischen Schleimhautaffektionen, von Ohmann-Dumesnil 522
Zur Behandlung gewisser sekundärer Syphilisaffektionen durch Kalomelräucherungen, von Balzer ... 523
Silber und Syphilis, von W. R. Gowers ... 523
Die Behandlung der Syphilis mit Kupfersulfat, von A. F. Price ... 523
Über die Anwendung einer weichen Kalomelseife zu Inunktionen bei der Behandlung der Syphilis, von Monties ... 524
Über Kalomel-Traumaticin als Antisyphiliticum, von Cauchard ... 524
Zur Technik intravenöser Injektionen, von Altmann ... 524
Über die Behandlung der Syphilis mit 50%igem Oleum cinereum, von Claessen 525
Hydrargyrum salicylicum, von L. Amster ... 525
Über einige Methoden der Syphilisbehandlung, besonders über Einspritzungen mit Hydrargyrum succinimidatum, von Vollert ... 525
Injektionen mit Ölsolution des Doppeljodquecksilbers bei der Behandlung der Augensymptome der Syphilis, von Parisotti ... 525

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Über Scabies und paraskabiöse Zustände, von H. Leloir ... 88
Die Akarophoben, von C. Thibierge ... 89
Über allgemeine exfoliative Dermatitiden, von M. Oro ... 89
Das Eccema des äufseren Gehörganges, von Hermet ... 90
Eccema und Sommerhitze, von J. Hutchinson ... 90
Über Epidemien von Eccema-Erysipelas, von Jonathan Hutchinson ... 90
Typisches Ekzem im Medianus- und Radialisgebiet, von L. Brocq ... 90
Ekzem, von E. M. Alger ... 91
Ekzemfälle, von H. Stillmark ... 91
Beitrag zur Behandlung des Ekzems, von J. Braun ... 91
Praktische Winke zur Behandlung des Ekzems, von Emile Aronson ... 92
Die Behandlung des Eccema mit Guttaperchapapier, von Coffin ... 92
Über Pityriasis rosea Gibert, von M. Oro und L. Mosca ... 92
Pityarisis rubra mit Solanum nigrum behandelt, von Dhargalkhor ... 92
Die Menge des Hämoglobins in den roten und weifsen Blutkörperchen bei der Psoriasis, von Zelenew ... 93
Psoriasis, von J. V. Shoemaker ... 93
Ein Fall von Psoriasis im Alter von zwei Jahren und fünf Monaten, von C. M. Rambo ... 93
Über das Verhältnis von Psoriasis zu Gelenkerkrankungen, von C. Gerhardt ... 93
Behandlung eines Psoriasisfalles mit Thyreoidextrakt, von Auld ... 94
Fall von Heilung einer Psoriasis durch den Gebrauch von Thyreoidextrakt, von Dun 94
Die Psoriasis und ihre Behandlung nach dem Brown-Séquardschen Verfahren, von Bouffé ... 94
Zur Behandlung der Psoriasis, von W. S. Gottheil ... 95
Das Chrysarobin bei der Psoriasis, von Feliciani ... 95
Fall von gutartiger Mykose der Tonsille, von Walker Downie ... 347
Zur Unterbringung von Trichophytiepatienten in Spitälern, von Raymond ... 347
Die Trichophytie, ihr Pilz und ihre Behandlung, von Trouillet ... 348
Die Schwierigkeit in der Behandlung der Trichophytie, von H. A. Martin ... 348
Akuter Pemphigus, von J. Priestley ... 348
Ein Fall von Pemphigus foliaceus, von F. Cuthbert ... 349
Puerperale Septikämie und Pemphigus neonatorum, von Jones Greer ... 349
Über die sog. Bednarsche Aphthen, von Eugen Fränkel ... 349
Über ringförmige Efflorescenzen, eine differential-diagnostische Studie, von G. T. Jackson ... 350
Die Impetigo der Kinder, eine kontagiöse, übertragbare, bacilläre Krankheit, von Ch. Leroux ... 350
Impetigo contagiosa als ein Beispiel von Oberflächen-Kontagion, von J. Hutchinson 350
Betrachtungen über die passiven Hyperkeratosen, von Audry ... 351
Kongenitale Ichthyosis, von J. W. Ballantyne ... 351
Die Verwendung von Salicyl und dessen Derivaten bei Psoriasis und einigen anderen Hautleiden, von H. R. Crocker ... 351

b. der Cutis.

Seite

Über eine besondere Form von Acro-Dermatitis hypertrophica in Verbindung mit Gicht, von Jonathan Hutchinson ... 95
Über die Indikation und Kontraindikation der Anwendung des Pyoktanins bei Hautulcerationen, von Bayot ... 95
Ein Beitrag zur Kasuistik der echten Diphtherie der Haut, von Gustav Zaufal 96
Über skrophulöse Geschwüre der Beine. — Bazinsche Krankheit, von J. Hutchinson 96
Zur Pathologie der Mastdarmulcerationen, von Schuchardt ... 96
Rectitis hypertrophica proliferans et stricturans, von P. Delbet und A. Mouchet 97
Notiz über eine von Prof. Lang angegebene Behandlungsart akuter Abscesse, von Nobl ... 97
Die Behandlung des Furunkels und der Furunkulosis, von Ehrenberg ... 97
Abortivbehandlung des Furunkels die Galvanokauterisation, von Löwenberg .. 98
Das Wesen und die Behandlung der Acne vulgaris, von K. Franke ... 98
Über die Acne necrotica, von W. Dubreuilh ... 98
Die Behandlung phlegmonöser und ähnlicher Entzündungen mit Alkoholverbänden, von Salzwedel ... 98
Über die Ursachen und die Natur des Erysipels, von J. Hutchinson ... 99
Vergleichende bakteriologische Untersuchungen über den Streptococcus erysipelatis und einen aus dem Blute von acht an Pyämie erkrankten Patienten isolierten Streptococcus, von C. Parascandalo ... 99
Ein Fall von Erysipel des Scrotums, von R. W. Ramsey ... 99
Zwei Fälle von Erysipelas typhosum, von Silvestrini ... 99
Beiträge zur Ätiologie und Therapie des Erysipels, von S. Felsenthal ... 99
Behandlung des Erysipels mit Alkohol, von v. Langsdorf ... 100
Neuere Untersuchungen über den Streptobacillus des venerischen Geschwürs, von Colombini ... 100
Über die Behandlung mit Wärme, von Welander ... 102
Über einen für die Erkaltung konstanter Wärme konstruierten Apparat (Hydrothermostat), von E. Berlien ... 102
Zur Therapie des weichen Schankers, von A. D. Stepanow ... 102
Die Behandlung von weichen Schankern und Feigwarzen mit Formalin, von H. R. Gaylord ... 102
Zur Behandlung der Bubonen, von Moritz Laub ... 103
Über Mykosis fungoides, von Wolters ... 352
Mykosis fungoides, von Tanago ... 352
Mykosis fungoides und Morbus Addisonii, von Gustav Riehl ... 352
Ein Fall von universeller Dermatitis, wahrscheinlich einer Abart von Mykosis fungoides, von A. Morris ... 353
Rhinosklerom, von Schloffer ... 353
Überimpfbarkeit des Ekthyma, von J. H. McCormick ... 353
Der Parasit des Pied de Madura, von M. H. Vincent ... 354
Der äufsere Milzbrand des Menschen, II. Teil, von Kurt Müller ... 354
Der äufsere Milzbrand des Menschen, von Julius Schnitzler ... 355
Ein Fall von Milzbrand, von Alexander Lerch ... 355
Pustula maligna zu rascher Heilung mittelst Elektrolyse, von Lussana Felice 356
Über einen Fall von Milzbrand beim Menschen, von Hitzig ... 356
Zur Therapie der Haut-Aktinomykose, von A. Staub ... 356
Die Elephantiasis Arabum auf den Südseeinseln, von P. Manson ... 356
Elephantiastisches Ödem des Hodensackes und der linken unteren Extremität im Gefolge eines durch Tripper hervorgerufenen strumösen Bubo, von P. Mermet ... 356
Elephantiastische Verdickung des rechten Arms infolge amniotischer Umschnürung, von Julius Schnitzler ... 357
Elephantiasis, von L. L. Hilt ... 357
Über eine eigenartige Hautveränderung bei Spina bifida, von Theodor Spietschka 357
Statistischer Beitrag zur Kenntnis des Erythema nodosum, von H. Schulthess 358
Fall von progressiver emphysematöser Gangrän infolge von Infektion durch den Bacillus coli, von Margarucci ... 358
Über eine eigenartige Form von Hautgangrän und Pustelbildung, von J. Rotter 358
Ein Fall von akuter Dermatomyositis, von Buss ... 358
Über gutartige Fälle von Dermatomyositis acuta, von Herz ... 358

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Seite

Pyoktanin gegen maligne Geschwülste, von Moritz ... 183
Die Behandlung inoperabler, maligner Geschwülste mit den Toxinen des Erysipels und dem Bacillus prodigiosus, von W. B. Coley ... 183
Einige Betrachtungen über die Behandlung der bösartigen Epitheliome der Haut (Krebse), von A. R. Robinson ... 183
Ergänzungen zu obiger Arbeit, von A. R. Robinson ... 183
Beitrag zum Studium der malignen Tumoren der Mamma. Pseudo-Paget-disease, von Depage ... 184
Psorospermosis, von E. Schwimmer ... 184
Über Krebs und krebsartige Krankheiten, von S. G. Shattock ... 184
Ist Krebs erblich? von W. Hardmann ... 185
Ist Krebs kontagiös? von J. W. Baker ... 185
Bemerkungen zur Ätiologie des Krebses, von Cattle ... 185
Keratosis u. Krebs infolge von langandauerndem Arsengebrauch, von J. Hutchinson 185
Carcinom innerer Organe auf Grund der mikroskopischen Untersuchung kleiner subkutaner metastatischer Geschwülstchen, von Babes und Stoicesco ... 185
Über die Epitheliome der Gesichtshaut, von Lagoutte ... 185
Zur Frage der spontanen Heilbarkeit des Krebses beim Menschen mit Demonstration, von Emil Senger ... 186
Sporozoa in Sarkom, von J. Jackson Clarke ... 186
Die Sarkomsporozoen, von Vedeler ... 186
Ein an der Stelle einer frischen Fraktur sich entwickelndes Sarkom, von P. Rhys Griffiths ... 187
Sarcoma fusocellulare, von Virchow ... 187
Ein Fall von vielfachen Hautsarkomen, von Abramitscheff und Semenoff . 187
Leukaemia cutis, von Riehl ... 187
Über die pathogene Wirkung der Sprofspilze als Beitrag zur Ätiologie der malignen Tumoren, von F. Sanfelice ... 655
Über die therapeutische Wirkung der Toxine bei malignen Tumoren, von F. Campanini ... 655
Die Beeinflussung maligner Neubildungen durch eine künstlich erzeugte aseptische Entzündung, von Kronacher ... 655
Zur Beeinflussung maligner Tumoren durch künstlich hervorgerufene aseptische Eiterung, von Leon Krynski ... 655
Klinische Erfahrungen über die Heilung des Krebses durch Krebsserum (Erysipelserum), von R. Emmerich und H. Scholl ... 656
Über „Pagets disease of the nipple" nebst Mitteilung eines typischen und hochgradigen Falles dieser Krankheit, von M. W. af Schulten ... 656
Behandlung von Sarkomen mit den Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus, von W. B. Coley ... 657
Über Impfung von Sarcoma melanoticum carcinomatodes, von Jürgens ... 657

II. Benigne.

Zur Kenntnis der Verrucae planae juveniles, von K. Herxheimer und Marx 188
Fall von schmerzhaftem Lipom, von Severeanú ... 188
Fall von subkutanen, rheumatischen Knötchen, von Middleton ... 188
Aus der Wange einer 74 Jahre alten Frau entferntes hornartiges Gebilde, von A. W. Russel ... 189
Ungewöhnlich grofse Analfibroide, von K. Franks ... 189
Kongenitales Xanthoma multiplex, von W. D. James ... 189
Xanthoma multiplex, von Haslund ... 190
Ein Fall von Xanthoma multiplex planum et papulo tuberosum im frühen Kindesalter, von Ludw. Nielsen ... 190
Ein Fall von Akromegalie mit Sektionsbefund, von R. Boltz ... 190
Ein Fall von Akromegalie mit Gelenkerscheinungen, von G. S. Middleton ... 191
Endothelioma tuberosum colloides, von E. Kromayer ... 658
Über verkalkte Endotheliome im Unterhautbindegewebe, von Georg Perthes . 658

Seite
Ein Fall von Xanthoma tuberosum, von Frèche 658
Ein Fall von Molluscum fibrosum, von F. K. Green 659
Bemerkungen über das Epithelioma contagiosum und Coccidium oviforme, von J. Jackson Clarke 659
Bericht über einen Fall von spitzen Kondylomen des Penis, welche durch die Resorption ihres septischen Sekrets Phimose und Lymphangitis, sowie sekundäre Gangrän des Dorsums hervorriefen, von R. Guitéras 659
Kurze Bemerkungen zu einigen neueren Arbeiten über Condylomata acuminata und Mitteilung einer neuen Behandlungsmethode derselben, von Thimm ... 659
Gesichtsneuralgie mit Auftreten von symmetrischen Lipomen, von Salomoni .. 660
Plexiformes Neurom, von Adenot 660
Über eine kongenitale Geschwulstform des oberen Augenlides und der Schläfenjochbeingegend, von J. Israel 660
Über naevusartige Knäueldrüsenadenome, von Villard und Paviot 660
Klinische Bemerkungen über Fälle von Akromegalie und Osteo-Arthropathie, von G. R. Murray 660
Akromegalie und Trauma, von Unverricht 661
Akromegalie (Marie). Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique (Ranzier) und Pagetsche Knochenkrankheit 661
Syringomyelie in Gestalt einer Akromegalie, von Chantemesse 662

III. Pigmentanomalien.

Über die Rolle der Klasmatocyten bei der Chromoblastose in der Addisonschen Krankheit, von Audry 191
Bericht über fünf zur Obduktion gelangte Fälle von Morbus Addisonii, von Adolf Posselt 191
Vorläufiger Bericht über die Nebenniere und die Ursache der Addisonschen Krankheit, von Auld 193
Nebenniere und die Veranlassung des Morbus Addisonii, von A. G. Auld 193
Lentigo-Melanosis, von J. Hutchinson 194
Über Pseudomelanose, von Arnold 662
Beitrag zur Pathologie der Addisonschen Krankheit, von C. Gioffredi und A. Zinno 662
Ein Fall von Morbus Addisonii, von Kenelm Winslow 662
Ein Fall von Morbus Addisonii; Autopsie, von C. C. Aitken 663

Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

Zur Elektrotherapie der Narben, von Rudolf Lewandowski 194
Über Striae distensae cutis, von H. Sieveking 194
Ein Beitrag zur Lehre von den Wachstumsstriae, von C. Vohwinkel 195
Zur Technik der Hämorrhoidalknotenoperation, von N. Trinkler 195
Unterschenkelvaricen, von Soldani 195
Ulcus varicosum cruris, von Moreschi 195
Über die Behandlung chronischer Unterschenkelgeschwüre durch statische Elektricität, von Doumer 196
Striae distensae cutis, von Georg Jacobsohn 663
Zwei Fälle von Hemiatrophia linguae, von Ascoli 663
Die Beurteilung der Folgen von Verletzungen an Unterschenkeln mit varikösen Beinen, von L. Becker 664
Über die Operation der Unterschenkelvaricen nach Trendelenburg, von G. Perthes 664
Nahtmethode bei der Behandlung von Varicen, von Ball 664
Unterschenkelgeschwüre, von Tillaux 664

II. Spezifische.

Sklerodermie, von Fazio 196
Über Sklerodermie, von Berthold 196
Zur Klinik der Sklerodermie, von G. Singer 197

Seite

Über einen Fall von Sklerodermie bei einem zwölfjährigen Knaben, von Kracht 197
Ein Fall von Sklerodermie, von Gebert ... 197
Die Behandlung von Myxödem mit Schilddrüsenextrakt, von Shattuck ... 198
Myxödem auf seltener Basis, von Köhler ... 198
Myxödem (mit photographischen Abbildungen), von J. A. Wessinger ... 198
Über acquiriertes und kongenitales Myxödem und den Gebrauch von Thyreoidextrakt, von G. W. Crary ... 198
Sieben Fälle von Myxödem, die unter Behandlung mit Schafschilddrüsensubstanz geheilt wurden, von A. Napier ... 199
Myxödem, von Immerwol ... 199
Myxoedema infantile, von W. P. Northrup ... 199
Zur Kasuistik der Ergotingangrän, von Markus ... 200
Über die diabetische Phlegmone und Gangrän, von Thelen ... 200
Die Neurotomie bei schmerzhafter Gangrän, von Verneuil ... 200
Über einen Fall von multipler Hautgangrän, von L. v. Stubenrauch ... 200
Ein Fall von trockener Spontangangrän des linken Fufses, von Panas ... 201
Ein durch Sauerstoffbäder und antiseptische Waschungen geheilter Fall von Gangrän der Zehen bei einem Diabetiker, von Konstantin Paul ... 201
Symmetrische periphere Gangrän im Verlauf einer Cholera gravis, von F. Reiche 201
Ainhum, von W. L. Pyle ... 202
Ein typischer Fall von Ainhum, von A. E. B. Hine ... 202
Lupus erythematodes disseminatus, von M'Call Anderson ... 202
Ein ungewöhnlicher Fall von Alopecie, von B. Rogers ... 202
Alopecia areata, von G. Thibierge ... 202
Zur Behandlung des Favus, von Tsitrine ... 204
Der Favus in Lyon und dessen Umgebung, von G. Lesterlin ... 204
Diabetische Phlegmone mit Gangrän, von Sengensse ... 664
Zwei Fälle von rasch sich ausbreitender Gangrän an den oberen und unteren Extremitäten, von J. Terrel Williams ... 665
Unilaterale Lidhaut-Gangrän mit konsekutivem Ectropium cicatriceum, von Leopold Grofsmann ... 665
Die Sklerodermie, von G. Lewin und J. Heller ... 665
Sklerodermie, von Falun ... 666
Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie, von Friedheim ... 666
Zur Ätiologie der allgemeinen Sklerodermie Erwachsener, von Schaper ... 666
Ein Fall von ausgedehnter Alopecie und daneben bestehender Sklerodermie, von Rille ... 667
Über die parasitäre Natur der Alopecia areata, von C. Hollborn ... 667
Über die wahrscheinliche Ursache der Alopecia areata (Area Celsi), von C. Hollborn 668
Ein Fall von kongenitalem Myxödem, von Bourneville ... 668

Saprophyten und Fremdkörper.

Über lokales traumatisches Hautemphysem nach Laparotomie, von Gräfe ... 204
Die kriminalpsychologische und kriminalpraktische Bedeutung des Tättowierens der Verbrecher, von Leppmann ... 205
Epidemischer Icterus, von W. Rankin ... 205
Über Piedra nostras, von P. G. Unna ... 205
Zur Pathologie und Therapie der Pityriasis versicolor, von G. Behrend ... 206
Über die Filaria Medinensis seu Dracunculus, von Forbes ... 207

Mifsbildungen.

Naevus maternus, von J. P. Allen ... 578
Naevus vasculosus palati mollis, von B. Panzer ... 578
Beitrag zur Kenntnis des Papilloma neuropathicum, von H. Albers ... 578
Fall von Spina bifida occulta mit Hypertrichosis lumbalis, von Fürst ... 579
Beitrag zur Anatomie der Dermoid- und Atheromcysten, von F. König ... 579
Eigentümliche kutane Produkte, von D. Wahltuch ... 579
Naevi, von Cagney ... 579
Zwei Fälle von Zwergwuchs mit fehlenden Haaren und Nägeln, von J. Hutchinson 579
Über Hypertrichosis localis cystica, von Lungershausen ... 580

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

Seite

Über kryptogenetische Entzündungen, namentlich der Harnorgane, von C. Posner und Arthur Levin 390
Zur Chirurgie des Urogenitalapparates, von R. F. Weir 390
Drei Schemata für die Einzeichnung der Läsionen des männlichen Urogenitalapparates, von Vaughan 391
Die Handhabung der Asepsis und Antisepsis bei Behandlung der Harnleiden, von Robert Kuttner 391
Tuberkulose des Urogenitalapparates, von F. Tilden Brown 391
Ein neues Urethroskop, von Goerl 392
Neues Endoskop zur Behandlung von Harnröhrenerkrankungen, von J. Stein .. 392
Zur Technik der Cystoskopie, von H. Lohnstein 393
Die neueren Methoden der Urethroskopie, von H. Lohnstein 393
Endoskopische Befunde in der Pars prostatica urethrae bei gewissen willkürlichen Bewegungen, von Jos. Gruenfeld 394
Über ein Katheter-Itinerarium für hohen Blasenschnitt, von J. Englisch 394
Eine verbesserte Methode, Katheter zu desodorisieren und zu reinigen, von J. W. Cousins 395
Zur Asepsis der Katheter, von G. J. Müller 395
Eine neue Urethralspritze, von E. Schreiber 395
Pezzersche Katheter, von Morelli 395
Über Untersuchungen über die Pars fixa der Urethra nach Studien an Gefrierschnitten, von Testus 395
Über Verkrümmungen des Penis, von Jonathan Hutchinson 396
Partielle Gangrän des Präputiums und der Penishaut durch Streptokokkeninfektion, von Volterra 396
Ein Fall von supplementärer Eichel, von M. Daunic 396
Phimosis, von B. E. Vaughan 396
Paraphimosis, Balanoposthitis und Vegetationen am Penis, von B. E. Vaughan 397
Ein Fall von einer äufserst seltenen Form der Eichelhypospadie, von Vincenz Pavec 397
Ein Fall von Hypospadie bei einem neugeborenen Kinde, von J. W. Ballantyne 397
Ein Fall von Hypospadie mit Harnröhrenverschlufs, von Marx 397
Epithelioma penis, von Gallozi 398
Primäres Harnröhren-Epitheliom, von Albarran 398
Die Heilbarkeit des frühzeitig erkannten Harnröhrenkrebses beim Manne, von Paul Rupprecht 398
Ein ungewöhnlicher Fremdkörper in der Harnröhre, von H. Goldenberg 399
Katheterfragmente in Harnröhre und Blase. — Urethrotomia externa. — Sectio alta. — Heilung, von Lohnstein 399
Bandwurm in der Harnröhre, von Spoof 399
Polyp der Harnröhre von ungewöhnlichem Umfange, von Desguin 399
Behandlung von Harnröhrenwucherungen mittelst einer kreisförmigen, scharfen Curette, von J. B. Deaver 400
Erfolgreiche Urethrotomia externa wegen festgeklemmten Steins in der Urethra mit konsekutiver Gangrän und Ruptur derselben. Ausgedehnte Urinextravasation und neuntägige Retention, von T. G. Morton 400
Periurethrale Abscesse, von B. E. Vaughan 400
Kongenitale Striktur, von W. Carter 462
Organische Striktur in der Urethra, von O. Horwitz 463
Urethralstriktur beim Weibe, von W. S. Bagot 463
Neue operative Behandlungsmethode der narbigen Urethralstrikturen, von Audry 463
Über die Resektion der Strikturen im perinealen Abschnitte der Urethra mit nachfolgender Urethroplastik, von Villard 463
Forcierte, lokalisierte Dilatation bei der Behandlung der Harnröhrenstriktur, von J. P. Tuttle 463
Die Radikalbehandlung von Harnröhrenstrikturen, von J. P. Byrson 464
Lineäre Elektrolyse bei der Behandlung von Strikturen, von Lavaux 464
Behandlung der Strikturen der Urethra des Mannes, von Julius Rosenstirn .. 525
Die operative Behandlung von Urethralrupturen, von E. Deanesley 526

Seite

Cystostomia suprapubica temporanea bei komplizierten Urethralstrikturen, von Poullain 526
Harnröhrenbildung nach Poncet, von Johann Merkel 526
Die Wiederherstellung der Pars cavernosa urethrae bei Patienten mit Striktur, von Levaux 527
Urethrotomia perinealis externa, von W. B. Rogers 527
Urethralfisteln und Cystotomia suprapubica, von Loumeau 528
Rektourethralfistel kongenitalen Ursprungs, von Auger 528
Urethralnaht, von Switter 528
Cysto-Urethrostomie, von Jaboulay 528
Über die Kontraktilität des Blasenmuskels, von Genouville 528
Neurasthenia urinaria, von C. Casarini 528
Vesikale Neurose, von G. E. Brewer 529
Elftägige Urinverhaltung, von J. H. Mc Cartney 529
Einige Anschauungen Guyons über Krankheiten der Harnblase und der Prostata, von M. Mendelsohn 529
Undurchdringlichkeit des gesunden Blasenepithels für Arzeneien und Gifte, von Boyer und Guinard 530
Störungen beim Urinieren bei Neubildungen der Blase, von Guyon 531
Fall, bei dem gewisse Erscheinungen während des Lebens und der Sektionsbefund eine spontane Blasenruptur wahrscheinlich machen, von T. K. Mouro 531
Über ein Sympton, das häufig die Enuresis nocturna der Kinder begleitet, von Sigm. Freund 532
Gegen Enuresis nocturna, von Alister 532
Ein Versuch über Lähmung und Dehnbarkeit der Harnblase, von Siegmund Exner 532
Über Enuresis, von Riedtmann 580
Ein Versuch über Lähmung und Dehnbarkeit der Harnblase, von Siegmund Exner 581
Gymnastik und Irrigation der Harnblase, von B. H. Daggett 581
Ausspülung der Blase und Urethra ohne Katheter, von G. E. Brewer 581
Beitrag zur Ätiologie der Cystitis, von González Tánago 581
Über die Ätiologie der Cystitis, von Reimar 582
Über zwei Fälle von Cystitis, von Galbraith Faulds 582
Zur Behandlung des Blasenkatarrhs, von Fedor Schmey 583
Behandlung der Cystitis, von J. C. Hersler 583
Schmerzhafte Cystitis, behandelt mit Sectio hypogastrica und Auskratzung der Blase, von G. Tánago 583
Sectio alta bei chronischer Cystitis, von G. S. Price 583
Ausgedehnter, degenerierter Naevus der Harnblase, von A. Lane 584
Blasendilatation infolge Retroversio uteri, von W. Gemmell 584
Ein Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase des Weibes, von H. Roediger 584
Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase, von Hochmann 584
Über die „Wendung und Extraktion" einer in die Harnblase geratenen Haarnadel, von Cubasch 584
Ein in der Harnblase eines Mannes abgebrochener Metallkatheter, von J. F. Erdmann 585
Inguinale und krurale Blasenhernien, von Jaboulay und Villard 585
Pathogenese und Behandlung der Cystocele inguinalis, H. Délagénière 585
Primäres Carcinom der Blase, von Targett 586
Ein Blasenkrebs, von O. Israel 586
Tuberkulöses Geschwür der Blase, von B. E. Vaughan 586
Superficielle Ulceration der Blasenschleimhaut mit tödlicher Hämorrhagie, von B. E. Vaughan 586
Milchsäure gegen Blasentuberkulose, von Wittzack 587
Hundert Blasensteinoperationen (700—800), von v. Dittel 587
Klinische Bemerkungen über 64 Fälle von Blasensteinoperationen, von E. F. Neve 588
852 Operationen von Blasensteinen, von Freyer 588
Ein Fall von encystiertem Blasensteine mit Ruptur der Cyste und tödlicher Peritonitis, von W. Royden 588
Temporäre Cystotomia suprapubica bei Blasenstein, von Bérard 588
Blasen-Harnröhrenstein, von Thévenin 588

Seite
Voluminöser Blasenstein, von Gangolphe ... 589
Zwei Fälle von Blasenstein mit primärer Verheilung der Blasenwunde nach Sectio alta, von Page ... 589
Lithiasis beim Weibe (Steinschnitt), von Baaz ... 589
Über Lithiasis und ihre Behandlung, von P. F. Richter ... 589
Die Beseitigung von Blasensteinen, von W. S. Forbes ... 589
Blasenstein; die zu wählende Operation, von W. H. Hingston ... 590
Indikationen des Blasenstichs, von Debaisieux ... 590
Die ideale Cystotomie, von Coulland ... 591
Neue Methode zur Ausführung der Cystotomie, von Montenovesi ... 591
Ein Fall von Cystotomia suprapubica, von Debaisieux ... 591
Über die Epicystotomie beim Kinde, mit vollständiger Blasennaht, von F. Folina 591
Lithotomia suprapubica; grofser Stein, von G. Buchanan ... 592
Vergleich der Heilresultate bei suprapubikaler, lateraler Lithotomie und bei der Litholapaxie, von Barling ... 592
Hoher Blasenschnitt wegen Blasenblutung, von Cheesman ... 592

b. Hoden und Samenblasen.

Die Ätiologie und Pathologie der Impotenz, von Gardner W. Allen ... 44
Der Congressus interruptus als ätiologische Basis nervöser Störungen in der Genitalsphäre, von Hans Fredy ... 45
Spermatorrhoe (e masturbatione) und beginnende Prostatahypertrophie, von Hogner ... 45

c. Prostata.

Behandlung der akuten Prostatitis, von Etienne ... 45
Die Elektricität bei der Behandlung der chronischen Prostatitis und anderer zur Impotenz der Männer führenden Leiden, von G. B. Massey ... 45
Prostatahypertrophie, von Thiry ... 46
Hypertrophia prostatae durch Kastration behandelt, von Fredrik Ramm ... 46
Die Behandlung der prostatischen Hindernisse, von Poncet und Bron ... 46
Eine neue Methode zur Excision der Prostata, von Nicoll ... 47
Prostataektomie, von R. F. Tobin ... 47

d. Nieren, Ureteren und Harn.

Über das Sekretionsvermögen des Nierenparenchyms nach Harnleiterunterbindung, von W. Lindemann ... 47
Pyelitis, Cystitis, Hämaturie, Heilung, von Syms ... 47
Ein neues Urometer, von Th. Lohnstein ... 103
Über die Konservierung der organisierten Harnsedimente, insbesondere der Harncylinder, von K. Bohland ... 104
Die Harnmikrobien im allgemeinen und der Urobacillus liquefaciens septicus im besonderen. Beitrag zum Studium der Pathogenie der Harninfektion, von Denis Chapmann ... 104
Trichomonas vaginalis im frischgelassenen Urin eines Mannes, von K. Miura ... 105
Über das Vorkommen von Trichomonas im Harne eines Mannes, nebst Bemerkungen über Trichomonas vaginalis, von F. Marchand ... 105
Das Eucalyptusöl als Harnantiseptikum, von G. Frank Lydston ... 106
Qualitative Untersuchung von Harnsteinen, von R. Moscheles ... 106
Die bei der Behandlung der Gicht und Harnsäurekonkremente in Betracht kommenden Mittel und ihre Wirkungsweise, von C. Mordhorst ... 106
Die Entstehung der fibrinösen Harncylinder, von Aufrecht ... 108
Untersuchungen über die transitorische Albuminurie anscheinend gesunder Leute, von Thorbjorn Nawass ... 108
Zur Lehre von der Nukleoalbuminurie, von K. Pichler und V. Vogt ... 147
Über Albumennachweis, von Chapelle ... 148
Über Eiweifsnachweis im Harn mittelst Chromsäure, von Guérin ... 148
Isolierter Nachweis des Eiweifses, von d'Haenens ... 148
Zum Nachweis von Albumosen im Harn, von H. Hildebrandt ... 148

Seite

Über den Nachweis geringer Zuckermengen im Harn, von Heinebuch 148
Zur Lehre von der Oxalurie, von E. H. Kisch..... 149
Über Phosphaturie, von H. G. Klotz..... 149
Bemerkungen über Phosphaturie, von Thorndike..... 150
Über die Indikanurie als diagnostisches Zeichen der Tuberkulose im Kindesalter 150
Die Fragmentation der roten Blutkörperchen und ihre Bedeutung für die Diagnose der Hämaturie, von F. Gumpralt 151
Über paroxysmale Hämoglobinurie, von Chwostek..... 151
Zur Pathogenese der Urobilinurie, von A. Riva..... 152
Über ein Verfahren, den Gallenfarbstoff im Harne annähernd quantitativ zu bestimmen, von Adolf Jolles 152
Hämatoporphyrin im Harn nach Trional, von Ernst Schulze 152
Über Hämatoporphyrinurie und deren Behandlung, von Prof. Franz Müller... 153
Ein Beitrag zur Kenntnis der Pneumaturie, von Julius Schnitzler..... 154
Lithotomie der Ureteren, von Cotterell..... 307
Anurie von langer Dauer, von Käfer..... 307
Überpflanzung der Ureteren auf die Urethra und Neubildung der Harnblase, von A. Schwarz 307
Transperitoneale Implantation des Ureters in die Harnblase zur Behandlung der Harnleiterscheidenfisteln, von G. F. Novaro..... 308
Über die angeblich parasitäre Natur der Ureteritis cystica, von O. Lubarsch.. 308

e. Labien, Vagina etc.

Über die Impotenz des Weibes, von Vodeler 154
Über die sog. Karunkel der weiblichen Harnröhre, von J. Neuberger..... 155
Über das Vorkommen von Mikrobien in der normalen Urethra des Weibes, von v. Gawronsky 156
Prolaps der Urethra bei einem sechsjährigen Mädchen, von Briant 156
Die Bildung einer Witzelschen Schrägfistel in der Blase bei carcinomatöser Zerstörung der Urethra, von Wiesinger..... 304
Über nervöse Erscheinungen an den weiblichen Genitalien, von Jacobs..... 305
Zur Ätiologie und operativen Behandlung der Vulvitis pruriginosa, von Sänger 305
Zur Ätiologie und Behandlung des Pruritus vulvae, von Schultze 305
Die Behandlung des Pruritus vulvae, von Lutaud..... 306

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Züchtung von Gonokokken bei einem Falle von Arthritis blennorrhoica, von E. Neisser..... 48
Rheumatismus blennorrhoicus und dessen Behandlung, von R. Guiteras..... 48
Bemerkungen über einen Fall blennorrhoischer Synovitis tendinosa suppurativa, von Tollemer und Macaigne 48
Behandlung der Cystitis blennorrhoica, von E. Besnier..... 49
Zur Pathogenese und Behandlung der Epididymitis blennorrhoica, von Eraud und Arlhac 49
Behandlung der Konjunktivalblennorrhoe, von Burchardt..... 50
Heilung der Harnröhrenstriktur durch Blasendrainage, von Rey 50
Ein Fall von Blennorrhoe, mit Endocarditis und kutanen Manifestationen kompliziert, von Welander..... 50
Blennorrhagische Psychopathie, von S. Venturi..... 50
Über Nierenkomplikationen des Trippers, von Balzer und Jacquinet 51
Ein Fall von Septico-Pyämie mit Ausgang in Genesung, von H. Pander 51
Bemerkungen zur blennorrhoischen Septikämie mit einem Fall, von B. A. Rugg 51
Eine konservative Behandlung bei Blennorrhoe, von H. E. Bates..... 52
Behandlung der Urethritis, von d'Haenens..... 52
Über den gegenwärtigen Stand der Trippertherapie, von A. Seydel..... 52
Über eine neue dreiläufige Spritze zur gleichzeitigen Irrigation von Urethritis anterior, posterior und Harnblase, von N. Barrucco 53
Doppelläufige Kanüle aus Glas zur Behandlung der Urethritis anterior acuta, von Maiocchi..... 53
Das Kalium permanganicum bei der Blennorrhoe, von Janet..... 53

Seite

Über die Anwendung des Alumnols in der Behandlung des Trippers, von Schwimmer 54
Neue Behandlungsmethode der Blennorrhoe mit Injektionen warmer Borsäurelösungen, von Chrzaszczewski ... 54
Abortivbehandlung der Blennorrhoe mit Oleum Cinnamomi, von J. C. Dacosta. 54
Behandlung der Blennorrhoe mit Gallobromol, von Cazeneuve ... 54
Über Erfolge bei chronischer Blennorrhoe mit Desinfektionsstäbchen von Apotheker Heinrich Noffke, von Neumann ... 54
Zur Kultur des Gonococcus Neisser, von Dr. Kiefer ... 401
Kultivation des Gonococcus auf artifiziellen Medien, von Turro ... 403
Über das Vorkommen der Gonokokken im Sekrete der Urethraldrüsen, von J. F. v. Crippa ... 403
Der Bacillus coli commune als Ursache einer Urethritis, von C. A. van der Pluym und C. H. ter Lang ... 403
Blennorrhoische Infektion bei einem Greise von 103 Jahren, von Isaacs ... 403
Betrachtungen über einige strittige Punkte in der Ätiologie, Diagnose und Prognose der Blennorrhoe, von G. E. Brewer ... 404
Statistisches über die Blennorrhoe der Neugeborenen, von Silex ... 404
Ein weiterer Fall von Blennorrhoea insontium, von C. R. Feld ... 404
Die Pathologie und Behandlung der Blennorrhoe, von C. M. Blackford ... 404
Zur Diagnose und Therapie der Blennorrhoe des Mannes, von Neuberger ... 405
Über den Wert der Urethroskopie für die Diagnose und Therapie der chronischen Blennorrhoe, von H. Wossidlo ... 405
Über Harnretention im Verlaufe von Blennorrhoe, von B. Cimino ... 405
Über blennorrhoische Diverculitis beim Manne, von Audry ... 406
Die operative Behandlung der blennorrhoischen Cystitis, von Audry. ... 406
Urethrocystitis blennorrhagica gleich von Anfang an kompliziert durch schwere infektiöse Purpura, von Balzer und Lacour ... 406
Bepinselungen mit Guajakol bei der blennorrhoischen Hodenentzündung, von Balzer und Lacour ... 407
Über ein eigentümliches Symptom bei Epididymitis blennorrhoica, von Augagneur 407
Zur Pathogenese und Behandlung der Epididymitis blennorrhoica, von E. Bollet 408
Blennorrhoische Arthritis, von Manley ... 408
Giebt es einen Rheumatismus blennorrhoicus? von J. A. Gläser ... 408
Polyarthritis blennorrhagica mit Gonokokkenbefund, von Respighi ... 409
Über Tripperrheumatismus, von Wilmans ... 409
Über die Ätiologie und Pathogenese des sog. Rheumatismus blennorrhoicus, von A. N. van Praag ... 409
In Sachen des Rheumatismus blennorrhoicus, von J. A. Gläser ... 410
Ein Fall von Blennorrhoe, mit Endocarditis und kutanen Manifestationen kompliziert, von Ed. Welander ... 410
Der Augentripper, von O. Walter ... 410
Dacryo-Adenitis blennorrhoica, von Panas ... 411
Subkonjunktivale und palpebrale Abscesse im Verlaufe von konjunktivaler Blennorrhoe, von Berger ... 411
Neuritis optica infolge von Blennorrhoea urethrae, von Panas ... 411
Beitrag zum Studium der Meningo-Myelitis blennorrhoica, von J. Barrié ... 592
Cerebrale Erscheinungen im Verlaufe von Blennorrhoe, von Pitres ... 593
Über Peliosis et Chorea blennorrhoica, von Litten ... 593
Tödlicher Ausgang einer Blennorrhoe, von A. Loxton ... 593
Blennorrhoe beim Weibe, von M. D. Mann ... 593
Über die Blennorrhoe beim Weibe, von E. Luther ... 594
Zur Behandlung der Schleimhautkatarrhe, von Stobaeus ... 594
Behandlung der Blennorrhoe der weiblichen Genitalorgane mit Alumnol, von Gommaerts ... 594
Formal bei katarrhalischer oder blennorrhoischer Vaginitis und Endometritis, von Winkel ... 594
Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von Robert Kutner ... 594
Allgemeine oder lokale Behandlung bei Blennorrhoe, von H. C. Nimes ... 595
Die Behandlung des Trippers, von M. Horowitz ... 595
Beitrag zum Studium der Behandlung des Trippers, von Alb. Hogge ... 595
Behandlung der akuten und chronischen Blennorrhoe, von Cimino ... 595
Behandlung der Blennorrhoe, von Barthélemy ... 595
Die hydriatische Behandlung der Blennorrhoe, von Schütze ... 596

Seite

Die Behandlung der Blennorrhoe nach neuen Grundsätzen, von Joseph Rosenberg ... 596
Beitrag zur lokalen Behandlung des Trippers beim Manne, von Schalenkamp 597
Über eine Abortivkur einer Blennorrhoe durch Silbernitrat, von Tilden Brown 597
Über die Abortivbehandlung der Blennorrhoe nach der Janetschen Methode, von Moritz Fürst ... 598
Behandlung der Blennorrhoe durch Ausspülungen mit verdünnten Lösungen von Kalium permanganicum, von Routier ... 598
Kalium permanganicum und Zincum sulphuricum als Injektionen bei Blennorrhoe, von T. D. Farrar ... 599
Beitrag zum Studium der Blennorrhoe-Behandlung, von A. Hogge ... 599
Frühbehandlung der Blennorrhoe, von W. S. Gottheil ... 599
Behandlung der Urethritis blennorrhoica mittelst Acidum citricum, von Pellissier 599
Die Behandlung des Trippers beim Manne mit Gallobromol, von Jules Quilly. 600
Wasserstoffsuperoxyd in der Behandlung der Blennorrhoe, von John J. Sullivan 600

Verschiedenes.

Vagabund disease, von Raynaud ... 55
Über die Desinfektion der Hände, von H. Langstein ... 55
Ein neuer Verband zur Nachbehandlung bei Thierschschen Transplantationen, von O. J. Mayer ... 55
Rechte Monoplegia brachialis mit Hyperidrosis und Hypertrichosis, von J. Lynn Thomas ... 55
Die wunden Punkte der Dermatologie, von P. Tommasoli ... 55
Bericht über die Poliklinik für venerische Krankheiten von Pavia im Jahre 1893, von Scarenzio ... 56
Salbenspritze und Harnröhrenpulverbläser, von E. Guentz ... 56
Ein neuer Nadelhalter, zugleich Universalgriff für die Verbandtasche, von Jos. Schütz ... 56
Erster Bericht über die Privatklinik für Hautkrankheiten, von J. Neuberger .. 207
Poliermittel für Fingernägel ... 208
Plastik an der behaarten Kopfhaut, von Mefsmer ... 208
67. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Lübeck. 16.—21. September 1895 ... 256
Der galvanische Pinsel. Die Behandlung der Impotenz, Ischias und Tabes dorsalis, von A. Wittkowski ... 359
Das Tabakrauchen von Kranken und Rekonvalescenten, von Ludwig Jankau.. 360
Über das „Sich-versehen" der Schwangeren, von H. Work ... 360
Behandlung der Stomatitis ulcerosa, von Orachowiez ... 411
Über die erythematöse Zungenrandentzündung der Säuglinge, von Wertheimber 411
Konkrementbildungen in den Nieren und Blasenleiden, von H. Neumann 411
Über die Lage der Hautkranken in den Hospitälern St. Petersburgs, von O. Petersen ... 600
Neue Pincette, welche die Ausführung der Hautnähte erleichtern soll, von Guinard 600
Eisenflecke aus der Wäsche zu entfernen ... 600
Über den Einfluss des Ichthyols auf die Ausscheidung von Stickstoff, Schwefel und Phosphor, von Ceconi ... 668

IV. Notizen.

Berichtigung von Professor Audry ... 208
A propos du prurigo simplex aigu, von H. Hallopeau ... 412

Seite
V. Sachverzeichnis 669
VI. Namenverzeichnis 699

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.
Zur Histologie des Milzbrandödems, von L. Hammerschlag (Tafel I) 157
Dur Geschichte und Anatomie des Favusscutulums, von J. C. Kellogg (Tafel II) 413
Zas Leistensystem der Oberhaut beim Hunde, von H. Brandt (Tafel III und IV) 465
Histologie der Hautentzündung durch Pyrogalloleinwirkung, von Emil Buch (Tafel V) 601

4248

BOSTON MEDICAL LIBRARY

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXI. 1. Juli 1895.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Zur Färbung der roten Blutkörperchen und des Pigments.

Von

P. G. Unna.

Eine „Färbung roter Blutkörperchen“ wird manchem Leser zunächst als eine wunderliche und mindestens überflüssige Arbeit vorkommen, und in der That sind wenige Gewebsbestandteile an ungefärbten Präparaten schon durch ihre Farbe so gut charakterisiert, wie die Erythrocyten. Ganz anders lernt man aber hierüber urteilen, wenn man sich eingehender mit dem Kapitel der Hautblutungen befafst und bemüht, die Quelle der Blutung im Gewebe aufzufinden. Denn auch hier, wie überall, kommt es nicht so sehr darauf an, den roten Blutkörperchen an sich nur eine andere und möglichst intensive Farbe zu erteilen, als einen starken, leicht in die Augen fallenden Farbenkontrast zwischen ihnen und dem umgebenden Gewebe, der Cutis und den Gefäfswandungen, zu erzielen. Wer einmal an solchen gut gefärbten Präparaten die Quelle der Blutung gesucht hat, wird sich stets dankbar der grofsen Hülfe erinnern, welche ihm die Kontrastfärbung geleistet hat, und eine derartige Arbeit nie wieder an ungefärbten Präparaten oder bei gewöhnlicher Kernfärbung unternehmen wollen.

Hierzu kommt aber speziell für uns noch ein anderer Grund, welcher eine Tinktion der Erythrocyten sehr wünschenswert erscheinen läfst, nämlich der Umstand, dafs die bisher an diesem Orte mitgeteilten Färbemethoden ganz ausschliefslich für in Alkohol gehärtete Gewebe geplant und bestimmt sind. Die Gründe, welche uns diese Fixation bevorzugen liefsen, sind in den ersten Artikeln (über Protoplasmafärbung) genugsam erörtert, die Vorzüge derselben sind bekannt; aber es ist unausbleiblich, dafs neben den grofsen Vorzügen auch einige Nachteile unterlaufen: so die schlechte Fixierung des Kernchromatins und der roten Blutkörperchen.

Es ist daher geradezu meine Pflicht, zu zeigen, wie diese mir wohl bewufsten Nachteile möglichst ausgeglichen werden können, wie also

z. B. in dem hier vorliegenden Falle die Erythrocyten an in Alkohol gehärtetem Gewebe tinktoriell am besten zu behandeln sind.

Dafs die Fixation in Alkohol gewisse tingible Substanzen aus den roten Blutkörperchen auszieht, wird jedem klar, der zum ersten Male in Sublimat fixierte Gewebe mit sauren Anilinfarben (Eosin, Säurefuchsin, Ponceau, Orange) behandelt und dieselben wie injiciert findet, indem die roten Blutkörperchen sich in den Gefäfsen sämtlich maximal gefärbt haben. Auch die Chromsalze sind der nachträglichen Färbung der roten Blutkörperchen günstiger, als der Alkohol. Dieser Umstand wird es wohl bewirkt haben, dafs man bisher der Färbung von Erythrocyten an in Alkohol gehärteten Geweben, soviel ich weifs, noch nicht näher getreten ist.

Trotzdem nun eine tingible Komponente aus alkoholisierten Blutkörperchen bereits ausgezogen ist, existieren in solchen noch wenigstens zwei verschiedene Arten von tingiblen Körpern. Denn sie nehmen sowohl basische, wie saure Farben in elektiver Weise auf. Für die Hautblutungen kommen die sauren Farben im allgemeinen weniger in Betracht, da wir dieser ja bekanntlich zur Färbung des umgebenden, kollagenen Gewebes bedürfen und der nötige Farbenkontrast mithin zwischen zwei sauren Farben herzustellen ist. Immerhin kann ich auch eine solche sehr hübsche und einfache Methode mitteilen. Andererseits aber entsteht die Frage, ob die notwendige Farbendifferenz nicht vielleicht am einfachsten durch eine intensive Färbung des Kollagens allein mit sauren Farben zu erreichen ist. In der That erhält man durch die in einem früheren Kapitel mitgeteilten Kollagenfärbungen bereits sehr gute (negative) Färbungen der Hautblutungen, in denen die letzteren hell, weil ungefärbt, aus dem dunkel gefärbten Gewebe hervorleuchten.

Die tinktorielle Darstellung der roten Blutkörperchen an in Alkohol gehärteten Geweben zerfällt demnach in zwei Hauptabteilungen, in negative und positive Darstellungen, und letztere wieder in saure und basische Färbungen.

A. Negative Darstellung.

Die negativen, tinktoriellen Darstellungen der Hautblutungen zeichnen sich durch Einfachheit aus, aber lassen auch bei allen feineren Untersuchungen manches zu wünschen übrig. Indem sie nur das kollagene Gewebe mit einer sauren Farbe stark überfärbt zeigen, bemerken wir wohl die Zerstörungen, welche an demselben durch die Blutung herbeigeführt sind, die Auffaserung der kollagenen Balken, ihre Verschiebung etc. Aber sowohl die feineren Differenzen zwischen dem zerrissenen Hautgewebe und den geborstenen Gefäfswandungen, wie die Degenerationen dieser Teile kommen nicht zur Wahrnehmung. Daher empfehlen sich diese Färbungen nur für erste Übersichtsbilder; die einfache Topographie

der Blutungen kommt bei ihnen fast ebenso gut zur Wahrnehmung, wie bei der positiven, sauren Färbung der Blutkörperchen.

Man hat hier die Auswahl zwischen der Wasserblau-, der Orcein- und der Säurefuchsin-Pikrin-Methode.

Bei ersterer kommt der Schnitt 1 Minute lang in die 1%ige Wasserblaulösung, wird in Wasser abgespült und durch Alkohol in Öl und Balsam übergeführt. Die Massen der roten Blutkörperchen treten hellgelb bis in die feinsten Ausläufer aus dem dunkelblauen Hautgewebe hervor.

Noch einfacher ist die neutrale Orceinfärbung. Die Schnitte verweilen 2—5 Minuten in der 1%igen neutralen, spirituösen Orceinlösung und kommen direkt in Alkohol, Öl und Balsam. Das kollagene Gewebe ist tief orceinrot; die roten Blutkörperchen nehmen auch hier keine Farbe an.

Bei der Säurefuchsin-Pikrin-Methode verfährt man wie gewöhnlich, läfst aber die Schnitte länger als sonst im Pikrinalkohol, da andernfalls die Erythrocyten auch etwas Säurefuchsin festhalten und sich nicht so scharf, wie wünschenswert, vom Bindegewebe abheben. Also verweilen die Schnitte zuerst 1 Minute in 2%iger Säurefuchsinlösung, werden in Wasser abgespült, kommen dann 1 Minute in die gesättigte, wässerige Pikrinsäurelösung und 5 Minuten in gesättigten Pikrinalkohol, dann in Alkohol, Öl und Balsam. Die roten Blutkörperchen heben sich gelb vom dunkelroten Kollagen ab.

B. Positive Darstellung.

I. Saure Farben.

Die einzige Methode, welche ich hier besonders empfehlen möchte, ist eine Eosin-Wasserblau-Färbung. Sie gründet sich auf die Wahrnehmung, dafs die roten Blutkörperchen gar keine Neigung haben, Wasserblau aufzunehmen, dagegen selbst noch an Alkoholpräparaten eine Vorliebe für Eosin verraten.

Man färbt die Schnitte in einer 1%igen wässerigen Eosinlösung 1 Minute lang vor, spült sie in Wasser ab, färbt in der 1%igen Wasserblaulösung 1 Minute nach, spült in Wasser ab und bringt sie in Alkohol, Öl und Balsam. Die Präparate sind wunderhübsch, sie zeigen die Blutung rosa, in blaues Kollagen eingebettet, und ihre Grenzen äufserst scharf. Aber abgesehen von dem schönen Farbenkontrast, der den Augen bei langem Mikroskopieren wohlthuend ist, haben diese Präparate nicht viel vor den einfachen, negativen Färbungen voraus. Auch hier treten weder Zellleiber, noch Kerne hervor; auch hier fehlen die feineren Zeichen des degenerierenden Gewebes; nur trennen sich die geborstenen Gefäfswandungen besser von dem umgebenden Kollagen.

Für alle feineren Untersuchungen kann man der basischen Färbungen des Blutes nicht entraten.

II. Basische Farben.

Dafs man die roten Blutkörperchen an Alkoholpräparaten mittelst basischer Farben darstellen kann, ist mir erst bekannt geworden, als ich die Fibrinfärbung mittelst der Methylenblau-Tannin-Methode fand, und ich habe dort schon über eine violette Färbung der roten Blutkörperchen berichtet. Führt man diese Färbung aus, so ist der erste bemerkenswerte Umstand, welcher jedem auffallen mufs, dafs die Blutkörperchen sich nicht gleichmäfsig färben. Während einige eine dunkelviolette Farbe annehmen, sind andere dunkelblau und noch andere fast gar nicht gefärbt. Im allgemeinen ist es der mittelste Teil der Blutung, welcher sich mit Methylenblau oder Methylenviolett am dunkelsten färbt; sowohl die freien Ausläufer der Blutung, wie das Blut in den zuführenden Gefäfsen, etwas entfernt vom Mittelpunkte der Blutung, sind meistens ungefärbt. Dabei können dicht nebeneinanderliegende Blutkörperchen, z. B. in einem Gefäfsquerschnitt, in einer Bindegewebsmasche verschieden gefärbt sein. So sehr diese Buntheit auf den ersten Blick den Eindruck des Zufälligen macht, so findet man doch die oben angegebene Regel, dafs die Basophilie der Blutkörperchen im Zentrum der Blutung am gröfsten ist und mit der Entfernung vom Zentrum nach allen Seiten abnimmt, ausnahmslos bestätigt.

Mit dieser Abweichung der Tingibilität von so gleichartig gebauten Körperchen, wie es die Erythrocyten sind, geht eine ganz analoge Veränderung der kollagenen Bündel Hand in Hand. Auch diese wandeln sich zum Teil im Bereiche der Blutung in basophiles Kollagen um. Auch hier erstreckt sich die Anomalie nicht auf alle Bündel desselben Bezirkes, ja nicht einmal über die ganze Ausdehnung eines einzelnen Bündels, und es wechseln in nächster Nachbarschaft basophile und normale (acidophile). Aber auch hier läfst sich die allgemeine Regel wieder nicht verkennen, dafs die Basophilie, die Blaufärbung des Kollagens im Zentrum der Blutung am ausgeprägtesten ist und von hier nach allen Seiten abnimmt.

Die Ausführung der Färbung ist die bereits mehrfach, zuletzt im Artikel über Fibrinfärbung (*diese Zeitschrift.* Bd. XX. pag. 140) mitgeteilte. Die Präparate zeigen nicht blofs die im Zentrum der Blutung beginnende basophile Degeneration der Blutkörperchen und des Kollagens, etwaiges Elacin und das fädige und körnige Fibrin, sondern sind aufserdem sehr instruktive und einfach herzustellende Übersichtsbilder der Blutung, da die Kollagenbündel sich auch von den auseinanderweichenden Gefäfswänden sehr gut abheben.

Eine Modifikation dieser Färbung beruht auf dem Gebrauche der Tannin-Orange-Lösung anstatt der einfachen Tanninlösung. Diese Entfärbung geht noch schneller von statten (etwa in 2 Minuten) und ergiebt eine leichte Gegenfärbung. Die basophilen Blutkörperchen werden dabei aber etwas entfärbt und daher nur bläulich, die normalen sind rosa orange (isabellfarbig); das basophile Kollagen ist schwach violett, das normale gelblich gefärbt.

II. Safranin.

Nach der polychromen Methylenblaulösung ist eine Safraninlösung die geeignetste Färbung für basophil gewordene Blutkörperchen. Hier kann man durch Pikrinsäure oder Wasserblau saure Gegenfärbungen des normalen Kollagens und der normalen Blutkörperchen anbringen. Die einfache Entfärbung der safraninfarbenen Schnitte durch Pikrinalkohol ist, wenn man die letzteren dabei öfter untersucht, sehr instruktiv in Bezug auf die verschiedene Reaktion der Gewebsbestandteile im Zentrum und an der Peripherie der Blutung. Im Beginne der Entfärbung ist inmitten der Blutung das Kollagen, welches die safraninroten Blutkörperchen einhüllt, auch rot gefärbt, während die Blutkörperchen der Peripherie — wie das sie umgebende Kollagen — schon die gelbe Farbe annehmen. Nach länger dauernder Entfärbung nimmt allerdings auch im Zentrum das Kollagen die Pikrinfarbe an, dann sind aber auch schon viele basophile Blutkörperchen daselbst gelb umgefärbt. Eine kräftige Gegenfärbung des Kollagens und der roten Blutkörperchen erhält man auf diesem Wege also nicht; denn die Hauptgegensätze liegen in der veränderten Reaktion der Zonen, an welcher das Kollagen und die Blutkörperchen gleichmäfsig teilnehmen. Immerhin ist auf einer gewissen Entfärbungsstufe, welcher etwa die folgende Formel entspricht, der Gegensatz durch Farbennuancen im Zentrum genügend gekennzeichnet.

Die Schnitte verweilen 1—2 Minuten in der 1%igen, wässerigen Safraninlösung, werden in Wasser abgespült, kommen circa ½ Minute in 1%igen Pikrinalkohol, bis der Schnitt gelb wird, dann in Öl und Balsam. Dann sind die Blutkörperchen aufsen gelb, innen orangefarben; das Kollagen ist aufsen gelb, innen rosa.

Schönere Präparate ergiebt die Gegenfärbung mit Wasserblau, weil hier ein noch gröfserer Reichtum an feineren Farbennuancen herrscht.

Die Schnitte bleiben 5 Minuten in der 1%igen Safraninlösung, werden in Wasser abgespült, auf 5 Minuten in die 1%ige Lösung von Wasserblau gebracht, wieder in Wasser abgespült, in absolutem Alkohol (circa ½ Minute) entwässert, darauf in Anilin + 1‰ Salzsäure differenziert, in absolutem Alkohol abgespült (½ Minute) und sodann in Öl und Balsam gebracht. Die Differenzierung in dem angesäuerten Anilin ist der wichtigste Teil der Methode; das basische Anilin bringt auf den

basophilen Bestandteilen des Zentrums das Safranin wieder zur Geltung. Wenn daher auf dem blauen Schnitte die Zentren rot hervortreten, ist die Differenzierung beendet. Der Salzsäurezusatz andererseits verhindert die Umfärbung des normalen Kollagens in der Peripherie.

An so gefärbten Schnitten sind die Blutkörperchen in der Mitte der Blutung orangerot, an der Peripherie bläulich bis grünlichgelb, d. h. mehr oder weniger wasserblaufarben; das Kollagen ist im Zentrum safraninfarben, aufsen blau. In einer mittleren Zone finden sich vielerlei Übergänge, welche die allmähliche Veränderung der Reaktion anzeigen.

Eine Verbesserung der Pikrinsäureentfärbung, wodurch dieselbe fast so scharf wird, wie die eben angegebene Wasserblauentfärbung, erreicht man durch Vorfärbung der Schnitte mit Hämatein. Der Sinn derselben ist nicht nur die Erzielung einer kontrastierenden Kernfärbung, sondern die Ablenkung des kernliebenden Safranins auf die basophilen Degenerationsprodukte des Zentrums allein. Da die Kerne von Hämatein präoccupiert sind, erhält man eine stärkere Färbung der Blutung.

Die Schnitte kommen 1/4 Stunde in eine starke Hämateinlösung, nach Abspülung in Wasser auf 2 Minuten in eine 1 %ige Safraninlösung und nach nochmaliger Abspülung in Wasser in 1 %igen Pikrinalkohol, 1/2 Minute darauf in Öl und Balsam. Die roten Blutkörperchen erscheinen nun innen tief safraninrot, aufsen leicht rot, das Kollagen innen rosaviolett, aufsen gelblich.

c) Fuchsin.

Auch Fuchsin kann man zur Demonstration der veränderten Tingibilität des Blutungsinnern gebrauchen. Als saure Gegenfärbung empfiehlt sich Tanninorange.[1] Die Schnitte werden in der gewöhnlichen Karbolfuchsinlösung 1 Minute gefärbt, in Wasser abgespült, 5 Minuten lang in Tanninorange entfärbt, wieder in Wasser abgespült und in Alkohol, Öl und Balsam gebracht. Die roten Blutkörperchen sind innen rot, aufsen gelb, das Kollagen ebenfalls. Die Methode ist einfach, die Differenzierung aber nicht so fein, wie bei der Safranin-Wasserblau- und der Hämatein-Safranin-Pikrin-Methode.

Nach diesen Erfahrungen mufs man die basischen Färbungen bei Untersuchung der Hautblutungen in Zukunft stets mit verwerten;[2] sie geben erst über die Veränderungen der Gewebe direkt nach der Blutung Aufschlufs. Die nächsten Fragen, welche sich an die dabei auftretende Basophilie der roten Blutkörperchen und des Kollagens knüpfen, sind die folgenden: 1. ist dieselbe Zeichen eines Wasserverlustes der Teile,

---

[1] Tannin 33, Goldorange 2, Aq. ad 100. Filtra.

[2] Bei Abfassung des betreffenden Kapitels meiner *Histopathologie* besafs ich von den basischen Färbungen nur die Methylenblau-Tannin-Methode und konnte demgemäfs noch nicht, wie hier, generalisieren.

also physikalisch bedingt, oder Zeichen einer chemischen Veränderung? und 2. ist dieselbe für die Blutkörperchen ein Vorbote des Zerfalls und des Hämoglobinaustrittes? Auch hier werden nur exakte Färbemethoden weiter führen. In dieser Richtung möchten noch einige Färbemethoden von Interesse sein, welche es gestatten, das Blutpigment der Haut künstlich zu färben.

Auf den ersten Blick erscheint gewifs für manche Leser die Färbung des so gut durch seine Farbe charakterisierten Blutpigments eine künstliche Spielerei. Aber nicht nur, dafs die Möglichkeit der Färbung desselben schon an und für sich von hohem theoretischen Interesse ist, so werden die eben mitgeteilten Resultate über die Färbung von roten Blutkörperchen auch an die Möglichkeit positiver, tinktorieller Differenzen unter den Pigmenten denken lassen, deren Erkenntnis natürlich von ganz speziellem praktischen Interesse sein würde. Und so verhält es sich in der That. Schon die ersten Versuche in dieser Richtung ergaben als Resultat eine gar nicht erwartete Differenz zwischen Hämosiderin und Melanin, welche in Zukunft gewifs mit für das vergleichende Studium beider Substanzen zu verwerten sein dürfte.

Als Vergleichsobjekte dienten mir einerseits ältere Hautblutungen mit ringsumher abgelagertem, goldgelbem Blutpigment, andererseits das tiefbraune Melanin eines Falles von Xeroderma pigmentosum, welches ich besonders deshalb wählte, weil das Melanin hier nicht nur in der Oberhaut safs, sondern auch die oberste Cutisschicht infiltrierte, also mit dem Hämosiderin noch direkter zu vergleichen war. Färbt man jene Hautblutungen mittelst basischer Farben, am besten Karbolfuchsin, und entfärbt so lange mit konzentrierter Tanninlösung, bis nur noch eine leichte Kernfärbung vorhanden ist, so findet man das Hämosiderin schön und scharf rot gefärbt. Am tiefsten färben sich die gröfsten Klumpen, welche auch die Quinckesche und Perlsche Reaktion am besten hervortreten lassen. Es färben sich aber auch noch als rote Pünktchen eine Menge von kleinen Hämosiderinkörnchen, welche in der Nachbarschaft der grofsen Klumpen die Lymphspalten erfüllen und ohne Färbung nur schwer zu erkennen sind. Die Spindelform dieser rotkörnigen Massen läfst zunächst an Zellen denken, in deren Leibe die Umwandlung zu Hämosiderin vor sich gehen würde. Wenn aber schon die freie Lagerung aller gröfseren Klumpen eine solche Annahme unwahrscheinlich macht, so kann man gerade an diesen Präparaten mit Kernfärbuug nachweisen, dafs die rotkörnigen, spindelförmigen Massen stets der Kerne entbehren und also nur Ausfüllungen der Lymphbahnen, keine Bindegewebszellen, darstellen.

Dasselbe Resultat ergiebt die Färbung des Pigments mit Safranin und darauf folgende, starke Entfärbung (1/4—1/2 Stunde) mittelst konzentrierter wässeriger Tanninlösung; doch ist die Färbung mit Karbolfuchsin intensiver.

Endlich erhält man auch dasselbe Ergebnis bei der Färbung mit polychromer Methylenblaulösung und Tanninentfärbung. Das Hämosiderin wird tief blauschwarz, während die Kerne rein blau hervortreten.

Nehmen wir nun dieselben Färbungen bei jener ausgesprochenen Melanose vor, so bemerken wir, dafs bei der Fuchsin- und Safranin-Methode alle Farbe durch das Tannin ausgezogen wird und das Pigment in seiner ursprünglichen, braunen Farbe wieder hervortritt. Bei der Methylenblaufärbung des Melanins ist es etwas anders. Hier bleibt ein kleiner Anteil des Methylenblaus in dem Melanin auch bei der starken Tanninfärbung zurück. Die Verwandtschaft des Melanins zum Methylenblau ist also stärker, als die zu den übrigen basischen Farben. Aber dieser geringe Anteil restierenden Methylenblaus genügt nur, um dem Melanin eine smaragdgrüne Farbe zu erteilen, und so findet sich doch auch hier ein bemerkenswerter Unterschied zwischen dem methylenblau gefärbten Melanin (hellgrün) und dem ebenso gefärbten Hämosiderin (blauschwarz).

Im allgemeinen ist also das an und für sich dunkler gefärbte Melanin wenig oder gar nicht geneigt, noch basische Farben anzuziehen und festzuhalten, während das an und für sich hellere Hämosiderin diese Eigenschaft besitzt und an so gefärbten Schnitten sich alsdann noch dunkler als das Melanin vom Gewebe abhebt.

Auch saure Farben fixiert das Hämosiderin, doch nicht in dem Grade, dafs es mir gelingen wollte, daraufhin eine Methode zur elektiven Färbung desselben aufzustellen.

Hauptsächliche (positive) Färbungen der Hautblutungen.

I. Saure Farben.

a) Eosin-Wasserblau-Methode.

1. 1%ige wässerige Eosinlösung: 1 Minute.
2. Wasser.
3. 1%ige Wasserblaulösung: 1 Minute.
4. Wasser.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Kollagen: blau; rote Blutkörperchen: rosa.

II. Basische Farben.

b) Methylenblau-Tannin-Methode und Methylenblau-Tannin + Orange-Methode.

1. Polychrome Methylenblaulösung.
2. Wasser.
3. Konzentrierte Tanninlösung oder Tannin-Orangelösung: 2 Minuten.
4. Wasser.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

c) Hämatein-Safranin-Pikrin-Methode.

1. Starke Hämateinlösung: 1/4 Stunde.
2. Wasser.
3. 1%ige wässerige Safraninlösung: 2 Minuten.
4. Wasser.
5. 1%iger Pikrinalkohol: 1/2 Minute.
6. Öl, Balsam.

Rote Blutkörperchen: aufsen leicht rot, innen safraninrot; Kollagen: aufsen gelblich, innen rosaviolett; Kerne: violett.

d) Safranin-Wasserblau-Methode.

1. 1%ige wässerige Safraninlösung: 5 Minuten.
2. Wasser.
3. 1%ige Wasserblaulösung: 5 Minuten.
4. Wasser.
5. Absoluter Alkohol: 1/2 Minute.
6. Anilin + 1‰ HCl bis zur Rotfärbung der Blutung.
7. Absoluter Alkohol: 1/2 Minute.
8. Öl, Balsam.

Rote Blutkörperchen: innen orangerot, aufsen bräunlich bis grünlich gelb; Kollagen: innen rot, aufsen blau.

Über die atrophierenden Formen der Ichthyosis und ihre Histologie.

Von

Prof. Ch. Audry-Toulouse.

Folgende Beobachtung hat mich zu einigen besonderen Betrachtungen über die klinischen und pathologisch-anatomischen Merkmale einer Varietät der Ichthyosis angeregt.

Beobachtung I. Marie R..., 70 Jahre alt, wird am 14. Dezember 1894 in meiner Klinik, Saal Sainte-Cécile, aufgenommen. Die Frau war uns wegen des Zustandes ihrer Haut zugeschickt. Nach ihrer Aussage sieht ihre Haut seit der Geburt, „die unter einem unglücklichen Stern erfolgt sei", so aus. Hieran haben weder ein Typhus, noch eine Pneumonie, noch die Schwangerschaft etwas geändert. Patientin hat niemals an Jucken, noch an sonst einer Komplikation gelitten.

Die Haut ist aufserordentlich dünn, schlaff, beweglich, faltig und viel zu grofs für die Teile, die sie zu bedecken hat. Am gröfsten ist

die Beweglichkeit an einigen Gelenken, am Ellenbogen, am Handgelenk, am Knie, an den Knöcheln, also an denjenigen Stellen, wo die Haut für gewöhnlich gespannt ist.

Die Epidermis hat im allgemeinen eine schmutzig-graue Färbung, die nur stellenweise von einem schuppigen Aussehen unterbrochen wird; die ganze Oberfläche ist mit einer weifsen, feinen, mehligen, ziemlich festsitzenden Abschuppung besetzt, die namentlich in den Falten sehr ausgeprägt ist. An anderen Punkten vollzieht sich die Abschuppung in Form feiner, zarter Epidermislamellen, ganz so wie bei der Ichthyosis.

An den Ober- und Unterextremitäten tritt die Erkrankung am deutlichsten hervor; etwas abgeschwächt ist sie schon an den Wangen; am Rumpf besteht nur etwas trockene, feine, weifse Abschuppung. Die Nägel sind unversehrt, die Haare schmutzig, die behaarte Kopfhaut deutlich verhärtet. Keine Spur eines irritativen Prozesses. Die Hauthaare sind fast ganz verschwunden, die Epidermis ist aufserordentlich trocken; Sensibilität normal; Harn ohne Zucker und Eiweifs; Allgemeinbefinden gut; die inneren Organe in Ordnung.

Die Diagnose lautete auf Ichthyosis vulgaris mit einigen durch das Alter bedingten Abweichungen; so schien die Atrophie, die man bei allen Ichthyotischen antrifft, hier noch etwas vermehrt zu sein. Diese Atrophie halte ich aber klinisch und anatomisch für wichtig, denn sie fehlt bei der Xerodermia pilaris. Im übrigen sind diese schrumpfenden, atrophierenden Formen der Ichthyosis bekannt genug, man wolle nur nachlesen, was im Text und in den Anmerkungen der zweiten französischen Ausgabe von Kaposi darüber gesagt ist.

Bei der letzten Zusammenkunft (1894) der deutschen Dermatologen hat Herr Jadassohn einen Patienten vorgestellt mit einem Ausschlag, den er Pityriasis alba atrophicans nannte. Ich glaubte, es handle sich da nur um einen Fall von Ichthyosis mit Atrophie, und bei der Untersuchung der dem Aufsatz beigefügten Photographien überzeugte ich mich von der Ähnlichkeit seines Falles mit dem meinigen, so dafs ich nunmehr der Ansicht zuneige, die Pityriasis alba atrophicans von Jadassohn ist nichts weiter als eine Varietät der Ichthyosis vulgaris.[1]

Die histologische Untersuchung, die an Schnitten aus einem Stück Haut von der Rückenfläche des Vorderarmes angestellt wurde, führte zu folgenden Befunden.

(Alkohol, Paraffin, alkalisches und nicht-alkalisches Methylenblau; polychromes Blau; Ranvierssches Pikrokarmin; Haematoxylinum aluminatum; Orceinum acidum.)

---

[1] Die Thatsache, dafs die ersten Symptome sich im Alter von sieben Jahren einstellten, spricht durchaus nicht dagegen. Vergl. Tommasoli, *Ann. de derm. et de syph.* 1893.

Das Epithel ist sehr verdünnt und auf drei Schichten von Schleimzellen beschränkt; diese Zellen besitzen einen perinukleären hyalinen Raum und wenige Stacheln an der Aufsenseite. Die Körnerschicht fehlt gänzlich, das Eleidin ist verschwunden; die Hornschicht folgt unmittelbar auf den Schleimkörper, ist geblättert, kernfrei, wenig adhärent. Die Leukocyten fehlen in der Epidermis. Die interpapillären Leisten haben gewöhnliche Höhe, sind aber eng und schlank.

In dem Papillarkörper der Cutis finden sich nur geringe Veränderungen. Das subepitheliale, interpapillare elastische Netz ist offenbar viel zarter, als im normalen, ist aber nicht zerstört. Keine Spur von krankhafter Diapedesis.

In der subpapillaren Cutis ist das elastische Gewebe etwas vermindert, aufserdem geringe Infiltration runder Zellen rings um die Gefäfse. Die Zahl der fixen Zellen ist vermindert.

Je mehr man sich vom Epithel entfernt, um so mehr nehmen die verdickten, verbreiterten, elastischen Fasern an Zahl wieder zu, wobei sie ihre gewöhnliche Anordnung bewahren. Die Bindegewebsfasern sind getrübt, in ungleichmäfsige Trümmer zerfallen und werden durch Pikrokarmin lebhaft rosa gefärbt. Fixe Zellen sind selten.

Drüsen und Härchen befanden sich nicht in dem untersuchten Hautstückchen. Eine besondere Eigentümlichkeit konnte ich in meinem Falle am Epithelium nachweisen: das Fehlen des Eleidins. Sonst findet sich letzteres immer und ist in den Fällen von Ichthyosis vulgaris sogar hypertrophisch. JADASSOHN hat in seinem Falle den nämlichen Befund erhoben (Fehlen des Eleidins; Verminderung des Keratohyalins; DREYSE und OPPLER). Dieser histologische Befund ist nun aber sehr selten und sehr wichtig, denn er zwingt uns, diese Form der Ichthyose mit den keratolytischen Dermatosen, wie der Psoriasis, und namentlich der Dermatitis exfoliativa zu vergleichen. Trotzdem will es mir scheinen, dafs dieses Verhalten allein noch nicht genügt, um Fälle, wie den meinen, von der Ichthyosis zu trennen. Man kann nur sagen, dafs dieser Schwund des Eleidins das letzte Entwickelungsstadium in der epithelialen Atrophie der Ichthyose bedeute.

Sehr auffallen mufs es, dafs die Cutis keine einzige der gewohnten Veränderungen aufweist, wie sie bei der senilen Entartung fast regelmäfsig vorkommen. Durch die Untersuchungen von SCHMIDT, REIZENSTEIN, UNNA sind die durch NEUMANN geschaffenen Anschauungen berichtigt. Wir wissen jetzt, dafs die von letzterem beschriebenen Veränderungen der Greisenhaut hauptsächlich in Störungen des elastischen Gewebes bestehen. Mit Hülfe des Orceins und des Pikrokarmins können wir sehr deutlich erkennen, wie in solchen Fällen das elastische Gewebe sich aufserordentlich entwickelt hat, unter fast vollständiger Verdrängung der Bindegewebsfasern und der Zellen.

Unabhängig von der von UNNA behaupteten Umwandlung des (acidophilen) Elastins in (basophiles) Elacin nehme ich an, dafs hier wirklich eine Neubildung von elastischem Gewebe und nicht nur eine Hypertrophie schon vorher vorhandener Elemente statthat, und dafs diese Neubildung durch eine Umwandlung der anscheinend von ihr verdrängten Elemente zu Wege kommt.

Bei den Präparaten meines Falles von atrophischer Ichthyose finde ich nichts dem Ähnliches. Das elastische Gewebe ist hier normal, vielleicht nur etwas zarter; eine Vermehrung wie beim Status senilis, besteht nicht. Es ist auch nicht zerstört, wie das der Fall sein würde, wenn es sich um eine entzündliche Krankheit handelte — eine Ansicht, der bekanntlich TOMMASOLI huldigt. Auch Elacin ist nicht vorhanden; richtiger, ich vermochte es (mit UNNAS Blau polychromicum) nicht zu färben. Während die Atrophie der Epidermis der Greisenatrophie gleicht, hat diejenige der Cutis ein eigenes Ansehen gewonnen. Hier besteht eine Atrophie des Bindegewebes im Gegensatz zu derjenigen des elastischen Gewebes. — Die Atrophie bei der Ichthyose kommt endlich unabhängig vom Greisenalter zu stande, und wenn meine Patientin auch alt ist, so zählt derjenige von JADASSOHN doch erst 30 Jahre: neben der Ichthyose besteht eine vollkommene Atrophie der Haut. Man wird gut thun, sich hieran zu erinnern, wenn man Fälle von Atrophie der Haut, die das Elastin nicht betrifft, vor sich hat.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Aus der Praxis.

Neueres über Jodvasogen.

Von

Dr. LEO LEISTIKOW.

Den im Vorjahre in dieser Zeitschrift veröffentlichten Mitteilungen über Jodvasogen möchte ich in folgendem neueres über die mit Jodvasogen gemachten Erfahrungen anreihen.

Während das bei den früheren Versuchen verwandte Jodvasogen 6% Jod enthielt, enthielt das neuere 7%, und es ist infolgedessen die Jodwirkung eine noch promptere und mehr in die Tiefe gehende. Reizerscheinungen hingegen waren in keinem Falle vorhanden.

Die günstigen Resultate, welche ich bei Epididymitis, bei Lymphadenitis inguinalis incipiens, Lymphadenitis indurativa cervicalis, Ulcus

cruris specificum etc. früher erhalten hatte, kann ich auch neuerdings vollkommen bestätigen. Mit neuen Indikationen kamen zur Behandlung:

1. Herr W. S., 54 Jahre alt, litt an frischer sekundärer Lues, als er in meine Behandlung trat. Die Krankheitserscheinungen gingen durch die eingeleitete Schmierkur prompt zurück, allein es wurde der Patient von unerträglichen Kopfschmerzen gepeinigt, welche auf Chinin, Antipyrin, Phenacetin etc. nicht wichen. Auch innerliche Joddarreichung blieb erfolglos. Infolge dieser Mifserfolge nahm ich zum Jodvasogen meine Zuflucht und liefs dasselbe täglich in der Dosis von 5 g in die Kopfhaut einreiben. Schon nach drei Tagen trat erhebliche Besserung ein, und im Verlaufe von drei Wochen waren die spezifischen Kopfschmerzen völlig verschwunden.

2. Frau S. N., 38 Jahre alt, litt an ausgedehnten Auftreibungen der rechten Tibia, welche sich auf Hg-Schmierkur und Auflegen von Hg-Karbolpflastermull, sowie internem Jodgebrauch nur zum Teil besserten. Mehrmals tägliches Massieren mit Jodvasogen brachten dieselben in 14 Tagen zum völligen Verschwinden.

3. Herr W. R., 47 Jahre alt, litt an Neuralgie im Verlaufe des Nervus ischiadicus. Frühere überstandene Lues brachte mich auf den Gedanken, eine spezifische Behandlung einzuleiten. Die Neuralgie ging unter lokaler, täglich wiederholter Jodvasogen-Massage in kurzer Zeit prompt zurück.

4—10. Sechs Fälle von Condylomata lata ani, resp. vulvae wurden durch Jodvasogenapplikation neben der Allgemeinkur rascher als gewöhnlich völlig geheilt.

11. Ein Fall von Neurosyphilid (Pigmentsyphilis) des Halses wurde ebenfalls, trotzdem die antiluetische, vorhergegangene Behandlung erfolglos gewesen war, in kurzer Zeit durch Jodvasogeneinreibung geheilt. Den Lesern der Rubrik „Aus der Praxis“ in unseren Monatsheften dürfte es erinnerlich sein, dafs ich früher Chrysarobin bei Neurosyphiliden empfahl, welches von ausgezeichneter Wirkung ist. Mein grofses Vertrauen zum Jodvasogen veranlafste mich, auch bei dieser hartnäckigen Affektion zu demselben meine Zuflucht zu nehmen, und ich hatte in diesem Falle einen schönen Erfolg. Kontrollversuche konnte ich leider nicht anstellen, weil ich in Anbetracht der grofsen Seltenheit dieser Form von Syphilis in der Privatpraxis nur diesen einzigen Fall von Neurosyphilid binnen Jahresfrist zu Gesicht bekam.

12—15. Meine zufriedenstellenden Resultate, die ich bei dem Scrofuloderma mit Jodvasogen seiner Zeit hatte, bewogen mich, auch dem dieser Affektion verwandten Lupus vulgaris meine Aufmerksamkeit zuzuwenden. Leider hatte ich in drei genau kontrollierten Lupusfällen einen durchaus negativen Erfolg.

16. Frau W. S., 28 Jahre alt, litt an einem zerfallenden Gumma der

Regio sternalis, bei welchem weder durch antiluetische Kuren, noch durch lokale Behandlung die Überhäutung, wie die Überhornung zu stande kam. CHJ_3 in Pulver- und Gittermullform, Schwefelpasten, Salbenmull, Hg-Pflastermullen, Argentum-nitricum-Salben etc. etc. brachten nur zum Teil Besserung, komplette Heilung trat erst durch Einreibung von Jodvasogen ein.

Es wird den Leser gewifs wundern, dafs das Jodvasogen gegenüber unseren bisherigen, lokal zu applicierenden Mitteln einen so überraschenden Vorsprung bei der syphilitischen Therapie gewinnt. Für eine Erklärung dieser Thatsache mufs man, glaube ich, in Betracht ziehen, dafs, wenn man ein paar Tropfen Jodvasogen wenige Minuten auf der normalen Haut verreibt, jede Spur von Jodfärbung sofort verschwindet, während bei allen anderen Jodmitteln die Färbung lange Zeit bestehen bleibt. Möglicherweise kommt dem Jodvasogen eine abnorm rasche Jodresorption zu. Es verdient demnach das Jodvasogen bei den meisten syphilitischen Hautaffektionen, welche zu einer Miterkrankung der tieferliegenden Gewebe geführt haben, seinen dauernden Platz. Seine hervorragende Wirkung bei spezifischen Nervenschmerzen beweisen evident die grofse Tiefenwirkung, welche dem Vasogen eigentümlich ist.

Neben der früher aufgestellten Indikation für das Jodvasogen: 1. Epididymitis acuta et chronica blennorrhoica; 2. Lymphadenitis inguinalis incipiens nach Ulcus molle; 3. allgemeine Lymphadenitis möchte ich die vierte Indikation: syphilitische und tuberkulöse Haut- und Schleimhautaffektionen dahin erweitern, das Jodvasogen bei allen hartnäckigen Syphilisformen der frühen und späten Periode, und bei den durch Syphilis bedingten Nervenaffektionen zu versuchen, und möchte zum Schlusse den Neurologen das Mittel warm empfehlen.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 7. Mai 1895.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.)

1. Herr Grimm: **Zur Physiologie und Pathologie der Haut mit mikroskopischen Demonstrationen.** Bei Gelegenheit anderer Untersuchungen hatte Vortragender sich auch mit der Haut der Japaner beschäftigt und untersuchte dabei die farbigen Dermoide und Atherome. Hierbei konnte er konstatieren, dafs die Haut zwei Gruppen von Epithelien besitzt: 1. die der Haare, die farbig sind, und 2. die Epithelien, die nicht gefärbt sind. In den Hautdermoiden der farbigen Rassen kommen farbige Epithelien vor, aber es ist allgemein bekannt, dafs die Epithelauskleidung, d. h. gleichsam die Tapete der Dermoide, verschiedenartig ist. Man mufs

zwei Epithelgruppen unterscheiden: der einen gehören nur ungefärbte, der anderen gefärbte Epithelien, wie das Rete Malpighii, der Oberhaut an. Der gröfste Teil der japanischen Dermoide enthält nur farblose Epithelien; es finden sich darin Kämme, hornhautartige Gebilde. Dort, wo die gefärbten Epithelien vorkommen, haben wir es wie mit gefärbter Haut zu thun. Die ungefärbten Epithelien gleichen den Haarwuchserscheinungen.

Der Vortragende zeigt nun eine Reihe von Bildern von den sog. Ainos, ein Stamm mit starkem Haarwuchs; dieselben wohnen auf der Insel Jesso, stehen aber bereits auf dem Aussterbeetat, weshalb man vielfach schon Mischlinge sieht.

Wo Farbstoffe in der menschlichen Haut vorkommen, stehen sie mit dem Rete in Verbindung; die einzige Ausnahme besteht in dem blauen Fleck der japanischen Kinder in der Kreuz-Steifsbeingegend. Dieser Fleck kann sich weiter nach oben erstrecken; an der vorderen Seite des Körpers ist er nie beobachtet worden. Die Form ist unregelmäfsig, landkartenförmig, bald mehr, bald weniger intensiv gefärbt. Die Stelle sieht wie tättowiert aus, oder sie gleicht einem Bluterguſs. Zwischen dem 5.—10. Lebensjahre hellt sich allmählich der Fleck auf. Auch beim Embryo findet man ihn schon. Mischlinge, besonders solche mit Chinesen, haben ihn sicher. Die Ursache der Pigmentierung besteht darin, dafs grofse, mit farbigen Stoffen angefüllte Zellen im Corium sitzen und deutlich dem Bindegewebszuge entlang gehen. In die Haare, Schweifsdrüsen etc. dringen sie nicht ein. An diesen Zellen kann man einen Kern unterscheiden. Es ist schwer, sie zu färben. Beziehungen zur Haarzwiebel oder zu den Haarbälgen haben sie nicht. Beim Embryo sind sie vom vierten Monat ab zu konstatieren, und ist also von dieser Zeit ab der Fleck sichtbar. Die Zellen sind anfangs oval, später werden sie rund. Die Bedeutung dieser Pigmentzellen ist bis heute unaufgeklärt geblieben.

2. Herr Alexander: **Vorstellung eines Falles von Naevus papillaris linearis unilateralis.** Der 7jährige Knabe ist vollkommen gesund, besonders aber, was das Nervensystem anbetrifft; auch in der Familie des Knaben ist kein Nervenleiden nachzuweisen. Der Knabe zeigt nun auf der rechten Seite eine Affektion, die streng halbseitig ist und in einer eigentümlichen Streifung besteht. Bei näherer Betrachtung kann man konstatieren, dafs die Streifung von verschieden grofsen Papillen herrührt, die bald mehr, bald weniger gefärbt sind. Die Affektion befindet sich in der Gegend der untersten Rippe und zieht sich nach dem Os pubis hin. Die Streifen sind so verschiedenartig gestaltet, dafs sie dem Verlauf irgend eines Nerven durchaus nicht entsprechen.

3. Herr Blaschko: **Über sog. Nervennaevi.** An dem von Herrn Alexander vorgestellten Falle fallen drei Dinge auf: der streng halbseitige Sitz, die Anordnung der Linien und die deutliche Metamerie, welche in dem Parallelismus der Streifen zu Tage tritt. Es finden sich also hier alle die Momente vereinigt, welche sonst zu Gunsten der Nerventheorie angeführt werden. Trotzdem hält B. den Fall nicht als ein besonderes Beweisstück für die sog. Nervennaevi, und zwar im wesentlichen auf Grund seiner früheren Arbeiten über die Entwickelungsgeschichte und Architektonik der Oberhaut. B. hatte damals gefunden, dafs die Papillarformation im wesentlichen nicht, wie man früher annahm, hervorgerufen wurde durch ein Herauswachsen der Papillen aus der Cutis in die Epidermis, sondern dafs hauptsächlich die Epidermis an dem Ausbau der Papillen beteiligt sei, während die Cutis nur eine mehr passive Rolle spiele, in der Weise, dafs durch das Hervorwachsen von Falten und Leisten von der Epidermis in die Tiefe die Ausbildung der Papillen zu stande kommt. Diese Anschauung hatte schon 1870 Auspitz vertreten, doch erst B. konnte durch seine entwickelungsgeschichtlichen Arbeiten den Nachweis ihrer Richtigkeit beibringen.

Angesichts solcher Fälle, wie der vorgestellte, die, streng genommen, nicht als Nervennaevi zu bezeichnen sind, sondern als Ichthyosis linearis, d. h. als Gebilde, die in Hyperplasie und Hyperkeratose der Epidermis mit abnormer Papillarformation bestehen, mufs man sich nun sagen: Wenn die normale Papillarformation ihren wesentlichen Grund hat in Wachstumsvorgängen innerhalb der Epidermis, welche sich also an der Oberfläche der Haut abspielen, so wird doch auch wahrscheinlich der Grund für eine pathologische Epithelproliferation und Papillarformation eben dort zu suchen sein, und es ist nicht notwendig, die Ursachen für eine solche Mifsbildung in irgend ein anderes Organ, z. B. in das Nervensystem, zu verlegen. Auch hier geben ältere Untersuchungen Blaschkos Aufschlufs. Derselbe hatte früher nachgewiesen, dafs die Epidermis an ihrer unteren, der Cutis zugewandten Fläche in ganz regelmäfsigen Leisten angeordnet ist, welche in eigentümlichen Kurven über die Oberhaut verteilt sind, und zwar in einem Kurvensystem, welches für die einzelnen Hautpartieen vollkommen typisch ist. Ebenso wie die Epithelleisten, so wurden auch später die anderen epithelialen Gebilde, Drüsen, Haarfollikel etc. in regelmäfsigen Kurvenlinien angelegt. Später wird durch das unregelmäfsige Wachstum der unterliegenden Organe und vielleicht auch der Cutis selbst die Regelmäfsigkeit dieser Figuren etwas gestört, und es kommt zu etwas abweichenden Kurven oder auch zu unregelmäfsigen Linien, so dafs es nicht immer leicht ist, beim Erwachsenen die Regelmäfsigkeit zu erkennen. Diese Wachstumsverschiebung hat Kaposi zur Erklärung für solche Fälle angenommen. Er hebt hervor, dafs durch das Wachstum der unterliegenden Organe alle verschiedenen Elemente der Haut, Gefäfse, Bindegewebsfasern, Nerven, Papillen etc. nach einer Richtung hin spiralisch herumgezogen werden, und dafs es auf diese Weise erklärlich ist, wenn auch pathologische Erscheinungen auf der Haut regelmäfsige Linien aufweisen. Aber Kaposi nimmt das sekundäre für das primäre. Eine solche Regelmäfsigkeit ist schon von vornherein vorhanden, sie wird sogar durch die Wachstumsverschiebung eher verdeckt.

Es entsteht nun die weitere Frage, wie es kommt, dafs innerhalb ganz gesunder Hautpartieen einzelne Bezirke, z. B. bestimmte Linien, erkranken, während andere gesund sind. B. hat gefunden, dafs nicht in der ganzen Hautoberfläche auf einmal die Differenzierung eintritt, sondern dafs die Entwickelung einen regelmäfsigen Gang von gewissen Stellen aus nimmt, ähnlich wie etwa die Ossifikation der Knochen von den Ossifikationspunkten aus. An den Extremitäten z. B. nimmt sie stets den Ausgang von den Fingerspitzen und schreitet dann proximal vorwärts, so dafs wir zu einer gewissen Zeit die Leisten an den Fingerspitzen schon vorfinden, an der ersten und zweiten Phalanx noch nicht. Denselben Weg nimmt später die Entwickelung der Schweifsdrüsen; ähnlich ist es auch am Rumpf, wo die Bildung der Leisten, Papillen, Haare und Drüsen nicht auf einmal stattfindet, sondern immer schrittweise vor sich geht. Leider ist es B. nicht gelungen, daselbst die Ausgangszentren des Wachstums sicher nachzuweisen, und so sind wir denn für die Erklärung solcher Fälle, wie der vorliegende, auf Hypothesen angewiesen. Höchstwahrscheinlich aber giebt es auch am Rumpfe gewisse Wachstumsbezirke, wo an einer Stelle das Wachstum beginnt, während es an einer anderen noch nicht stattfindet, und es ist sehr wahrscheinlich, dafs, sowie der ganze Organismus metameral d. h. in Wirbelsegmenten, angelegt ist, und dafs die einzelnen Segmente der Haut solche Wachtumsbezirke darstellen. Entsteht nun zu einer bestimmten Periode eine Störung in der Entwickelung, so kann das eine oder das andere Segment derart betroffen werden, während andere Segmente noch nicht davon befallen werden. Das ist natürlich nur eine Hypothese, die aber sehr viel für sich hat. Wir hätten es dann, wenn wir pathologische Gebilde in massigen Linien angeordnet finden, wahrscheinlich mit Entwickelungsstörungen zu

thun, welche nur einzelne der metameralen Wachstumsbezirke betroffen haben. Nur eine Frage könnte noch entstehen: Gehen diese Störungen innerhalb der Wachstumsbezirke oder an der Grenze zwischen zwei Bezirken vor sich? Philippson hat bekanntlich auf die Voigtschen Grenzlinien hingewiesen und betont, dafs lineare Naevi häufig diesen Linien entsprechend angeordnet sind. Nun könnten ja auch die Voigtschen Linien hier und da gerade auch mit den Grenzen einzelner Wachstumsbezirke zusammenfallen. Leider läfst sich am Rumpfe bei der dichten und regelmäfsigen Lagerung der einzelnen Segmente nicht leicht feststellen, ob die Grenze zwischen zwei Bezirken oder einem Bezirk betroffen ist. Immerhin erscheint das letztere wahrscheinlicher.

Diskussion. Herr Heller hat alle bis dahin bekannten Fälle und seine eigenen Beobachtungen von gleichförmigen Erkrankungen der Unterextremitäten, die fast alle gleich waren, zusammengestellt, und doch hat sich ergeben, dafs die Ursache fast in jedem Falle eine verschiedene war. In dem von ihm beobachteten Falle war die Ursache eine Erkrankung der Lymphbahnen, während die Fälle von Unna, Philippson, von Scheurer und Neumann ein anderes ätiologisches Moment hatten. Die Arbeit ist in dem Unnaschen Atlas erschienen. Herr Lewin ist der Ansicht, dafs ein Teil der Naevi-Affektionen nervösen Ursprungs sind, da dieselben im Verlaufe der Nerven sich entwickeln. Es sind in anderen Fällen wieder irritative Momente vorhanden, die eine Erweiterung der Gefäfse bedingen, woraus sich dann die Naevi entwickeln. Man kann mit Bestimmtheit behaupten, dafs die verschiedenen Arten verschiedene Ursachen haben können.

Herr Meissner: Man wird sich die Frage vorlegen müssen, ob die Pigmentbildung das primäre ist, oder die Verrucabildung, oder umgekehrt. Bei Tieren beobachtet man, dafs anders gefärbte Haarstellen in bestimmten Linien vorkommen, und dafs diese Farbenveränderung der Haare sich in den Nachkommen fortpflanzt.

Herr Alexander bemerkt, dafs bei dem vorgestellten Kinde nach Angaben der Mutter die Naevi unmittelbar nach der Geburt nicht pigmentiert waren.

4. Herr Saul: **Vorstellung eines seltenen Falles von extragenitaler Syphilisinfektion.** Der 75jährige Patient zeigte an den oberen Schneidezähnen ein primäres Ulcus, welches er sich nach seiner Angabe dadurch zugezogen haben will, dafs er aus derselben Tasse seines Wirtes, der syphilitisch erkrankt war, getrunken hat. Aufser den anderen sekundären Erscheinungen zeigte der Patient starke Glaskörpertrübungen und eine syphilitische Chorioretinitis drei Monate post infectionem.

Primäre Affektionen am Zahnfleisch sind seltener; häufiger finden sie sich an den Lippen, im Rachen, an der Brustdrüse etc. Was das Alter anbetrifft, so ist bekannt, dafs die Syphilis im hohen Alter schneller und günstiger verläuft. So war es auch in diesem Falle. Der Patient kam in kachektischem Zustande in die Blaschkosche Klinik und befindet sich jetzt nach Anwendung der Kur wesentlich besser.

Die Chorioretinitis der späteren Periode der Syphilis betrifft erst die Peripherie und schreitet dann allmählich nach dem Zentrum vor.

Herr Blaschko erwähnt noch, dafs er mehrere Fälle von Primäraffekten am Zahnfleisch beobachtet hat, die durch den Zahnarzt bedingt waren. Auf eine Frage des Herrn Lewin, welche Drüsen afficiert waren, erklärt Saul, dafs die am Rande des Masseters zu konstatieren waren.

Herr Rosenthal erinnert an den vor einiger Zeit vorgestellten Fall von Syphilis, der ebenfalls durch einen Zahnarzt inficiert war.

Herr Fürst ist der Ansicht, dafs eine frühzeitige Behandlung nicht immer eine günstige Prognose für Augenkrankheiten hat.

5. Herr Lassar: **Krankenvorstellung.** Der 31jährige kräftige junge Mann ist mit einem über den ganzen Körper verbreiteten Exanthem behaftet. Beim ersten

Anblick macht er den Eindruck, als wenn es sich um ein klein-papulöses Syphilid handelt, allein der Patient giebt an, dafs er nie inficiert war; auch findet man nirgends Drüsenanschwellungen. Auf Grund der anamnestischen Angaben mufs man daher von einer spezifischen Hautaffektion absehen, und es käme dann nur Lichen ruber in Betracht. Wegen jeden Mangels an Jucken kann man auch daran nicht denken. Herr Lassar beobachtete den Patienten jetzt ca. sechs Wochen, und ist der Ausschlag seit der Zeit konstant derselbe geblieben. Der Patient, der in Südafrika gelebt und dort das Leiden acquiriert hat, behauptet, dafs dasselbe seit 1¼ Jahre bestehe. Man könnte an Lepra denken, weshalb L. ein Stückchen Haut exstirpiert hat. Die Untersuchung derselben hat weder Leprabacillen, noch Leprazellen ergeben. Man kann aufser dem Exanthem noch eine Reihe purpuraähnlicher Sugillationen in der Haut konstatieren. Dafs Mykosis fungoides ausgeschlossen ist, lehrt jedes Fehlen von Jucken und jeder Mangel auch der geringsten Tumoren. Solche mufsten doch schon bei dem langen Bestehen des Leidens vorhanden sein. Herr Lassar glaubt immer noch, dafs es sich um Syphilis handelt, will eine spezifische Kur einschlagen und den Patienten nach einer solchen noch einmal vorstellen.

Diskussion. Herr Isaac hält es nicht für ein syphilitisches Exanthem, sondern für eine eigentümliche Form eines Lichen, indem man deutlich kleine Knötchen konstatieren kann, von denen einzelne mit Dellenbildung versehen sind.

Herr Rosenthal glaubt, gerade eine Polymorphie konstatieren zu können, und hält es für ein makulo-papulo-pustulöses Exanthem. Die Diagnose ist zwar zweifelhaft, er neigt aber eher dahin, anzunehmen, dafs es sich um Syphilis handelt.

6. Herr Lederмann stellt dann noch **einen Patienten mit Psoriasis vulgaris** an den Fufssohlen vor. Der Patient hat vor mehreren Jahren an anderen Stellen Psoriasis gehabt.

Verhandlungen der Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

23. ordentliche Versammlung vom 9. November 1894.

Ein Fall zum Diagnosticieren, vorgestellt von Dr. James M. Winfield. Bei dem neunjährigen Mädchen war während der letzten zwei Jahre am Gesicht, den Armen und den Lippen ein papulo-pustulöser Ausschlag hervorgetreten. Zu Zeiten pflegte derselbe beinahe gänzlich zu verschwinden, brach aber mit erneuter Intensität bei der geringsten nervösen Reizung wieder hervor. Am Gesicht hatte die Affektion sowohl in Bezug auf die Art der Läsionen als des klinischen Verlaufes entschieden Ähnlichkeit mit dem neurotischen Ekzem, während die Läsionen an der Lippe und den Armen ganz wie die multiformen Läsionen, bei Dermatitis herpetiformis aussahen.

Dr. Sherwell glaubte, dafs es sich hier um die kutanen Wirkungen irgend einer nervösen Störung handelte, wollte aber den Fall nicht als Ekzem auffassen, sondern lieber als Dermatitis herpetiformis. Dr. Raynor war der gleichen Ansicht. Dr. Jewett machte auf die auffallende Ähnlichkeit aufmerksam, welche einige der Pusteln mit Variola darboten. Dr. Holsten erklärte die Gesichtsaffektion für Eccema neuroticum, fand aber, dafs die Läsionen an den Armen und der Lippe zu wenig ausgeprägt seien, um eine positive Diagnose zu gestatten. Der Umstand, dafs an den Armen und der Lippe ein so reichlicher Ausschlag bestanden hatte ohne Beteiligung des übrigen Körpers, spreche entschieden gegen die Diagnose Dermatitis herpetiformis.

Dr. Winfield sagte, er habe den Fall seit zwei Monaten beobachtet und könne nicht glauben, dafs es sich um Dermatitis herpetiformis handle, obgleich der multiforme Ausschlag an den Armen in mancher Beziehung Ähnlichkeiten mit diesem Leiden darbot. Er halte es für unmöglich, dafs eine so schwere Krankheit so lange (zwei Jahre) bestehen bleiben könne, ohne eine erheblichere Beeinträchtigung des

Allgemeinbefindens herbeizuführen. Er führe den Ausschlag auf eine neurotische Ursache zurück und sei geneigt, die ganze Affektion für ein neurotisches Ekzem zu halten.

Ein Fall zur Diagnose, vorgestellt von Dr. George F. Maddock. Eine 30jährige Frau zeigte auf der Mitte der einen Wange ein flach ausgehöhltes Geschwür, das seit etwa einem Jahre bestanden hatte. Antisyphilitische Behandlung hatte zu einem negativen Ergebnis geführt.

Dr. Winfield und Morton hielten die Affektion für ein Epitheliom und empfahlen einen chirurgischen Eingriff. Dr. Sherwell bezeichnete dieselbe als die unter dem Namen Ulcus rodens wohlbekannte Abart von Epitheliom und machte auf die tiefgehende Infiltration aufmerksam, welche in diesem Falle die Abtragung mit dem Messer wohl sehr schwierig machen würde. Dr. Holsten dachte, dafs nach vollzogenem Curettement die Applikation von Pyrogallussäure oder Monochloressigsäure mehr zu empfehlen sei. Man müsse die Wunde erst vollständig abtrocknen, die Höhlung mit der Säure anfüllen und dann mit Heftpflaster bedecken. Dieser Verband bleibt liegen, bis die Heilung erfolgt ist. Es scheint, dafs diese Säuren eine elektive Verwandtschaft zu dem epitheliomatösen Gewebe haben. Sie verursachen nur geringen Schmerz, und die Gefahr einer Systemvergiftung ist kaum vorhanden.

Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris, von Dr. J. M. Winfield vorgestellt. Bei dem 16jährigen Knaben hatte der Ausschlag sich zuerst auf der Kopfhaut entwickelt und sah zuerst wie eine Seborrhoea sicca aus. Allmählich breitete derselbe sich weiter nach abwärts aus, bis das Gesicht, der Hals und der gröfsere Teil des Rumpfes ergriffen waren. Das typische Reibeeisen-Aussehen war am Rumpfe deutlich ausgeprägt. Die Ellenbogen, Hände und Knie waren ebenfalls afficiert. Redner sagte, dafs dieser Fall, wie ihm mitgeteilt worden sei, in einem Fortbildungskursus als Lichen ruber (Hebrae?) vorgestellt wurde.

Dr. Sherwell äufserte sich über die angebliche Identität dieses Falles mit Lichen ruber und sagte, der vorliegende sei so vollständig zweifelsohne ein Fall von Pityriasis rubra pilaris, dafs die höchst charakteristische Hautbeschaffenheit dieses Patienten ihm als eine direkte Widerlegung der behaupteten Identität der beiden Krankheiten vorkomme. Ohne Zweifel liege hier ein Fall von Devergiescher Krankheit vor. Redner lenkte die Aufmerksamkeit auf die hirsekorngrofsen Papeln und die kribriformen Stellen an der Streckseite der Phalangen.

Ein Fall zum Diagnosticieren, vorgestellt von Dr. Winfield. Ein 26jähriger Mann hatte seit länger als ein Jahr in der Mitte seiner linken Wange eine harte, indurierte, ungefähr haselnufsgrofse Masse bemerkt. Zu Zeiten entleerte sich daraus eine dünne wässerige Flüssigkeit, und dann war der Tumor weniger umfangreich. Über Schmerzen wurde wenig oder gar nicht geklagt.

Dr. Sherwell und Holsten stellten die Diagnose auf Epitheliom und empfahlen einen chirurgischen Eingriff.

Dr. Charles D. Napier hielt einen Vortrag über **Eccema seborrhoicum** und teilte drei einschlägige Fälle mit. Fall I zeigte bei der Aufnahme im King's County Hospital einen auf dem Rücken und der Brust lokalisierten Ausschlag, welcher vorher für syphilitisch erklärt worden war. Bald nachher trat der seborrhoische Prozefs auch auf der Kopfhaut und am Gesichte hervor, wodurch die Diagnose klar gemacht wurde. Die beiden anderen Fälle zeigten die gewöhnlichen Erscheinungen. Vortragender schliefst sich der von Elliot vertretenen Ansicht an, dafs ein grofser Procentsatz dieser Fälle parasitären Ursprungs sei. Er zollte Dr. Unna unumschränkte Anerkennung für seine grofsen Verdienste um die Klarstellung der Ätiologie und

Pathologie dieses Leidens, sowie wegen der Einführung des fast spezifischen Heilmittels Resorcin in die Therapie.

Bei der Diskussion meinte Dr. Holsten, dafs die von Unna gezogenen Schlüsse — dem wir übrigens zu lebhaftem Danke verpflichtet sind dafür, dafs er uns mit dem proteusartigen Wesen des seborrhoischen Ekzems bekannt gemacht hat — von der Beteiligung der Schweifsdrüsen bei der Fettabsonderung keine Bestätigung seitens der nachfolgenden Forscher erfahren hätten. Bei schwereren Fällen, wie der vorliegende ziehe Redner die Anwendung des Schwefels dem Gebrauche von Resorcin vor. Dr. Sherwell stimmte nicht mit Unnas Ansichten betreffs der Ätiologie und Pathologie überein, denn er sei mit Beatty der Meinung, dafs die Talgdrüsen eher als die Schweifsdrüsen bei der Erzeugung dieses Leidens beteiligt seien. Er finde jedoch, dafs Dr. Unna sich durch seine Angaben betreffs der Therapie sehr verdient gemacht habe um die medizinische Wissenschaft, namentlich durch die Einführung des Resorcins. In Bezug auf den als Lues diagnosticierten Fall wollte er noch erwähnen, dafs er einen Fall von seborrhoischem Ekzem im Anschlufs an Syphilis sich habe entwickeln sehen, und erinnere sich, dafs Crocker ähnliches beobachtet hat.

Dr. Morton faſste Fall II als eine Vermischung von Sykosis und Ekzem auf. Dr. Winfield erwähnte einen von Unna in der dermatologischen Sektion der British Medical Association im August 1894 gehaltenen Vortrag, in welchem dieser über die Ergebnisse seiner weiteren Untersuchungen, betreffend die fetterzeugenden Funktionen der Schweifsdrüsen, referierte. Es scheine doch, dafs alle Gegner zum Schweigen gebracht worden seien, Beatty nicht ausgenommen, so dafs Dr. Unna hierdurch seinem bereits erheblichen dermatologischen Ruhme einen neuen Triumph angereiht habe.

Dr. Maddock las einen interessanten, demnächst zu veröffentlichenden Vortrag **über Ichthyol** vor und berichtete über die Wirkung dieses Medikamentes bei einer Reihe von nicht ausgewählten Fällen von Hautkrankheiten. Die Resultate waren recht gute gewesen. Dr. Holsten meinte, dafs die erfreuliche Wirkung des Ichthyols weniger durch dessen günstigen Einfluſs auf irgend welche Krankheiten selbst oder deren Keime bedingt sei, als vielmehr durch die dadurch bewirkte Umstimmung der Gewebe der Haut und die auf diese Weise erzielte Verhütung der Entwickelung von Krankheitskeimen. Dr. Sherwell erklärte die Wirkung des Ichthyols durch dessen Einfluſs auf die Kapillaren und die verminderte Blutzufuhr, sowie durch seine Fähigkeit, die Entwickelung von verhorntem Epithel — die Keratinisierung oder Verhärtung zu fördern, wodurch dann die Einwanderung von Krankheitskeimen verhütet und auch deren Weiterentwickelung verhindert wird. Sobald aber die Entzündung mehr in die Tiefe gedrungen ist, sei der Effekt dieses Mittels illusorisch.

Dr. Winfield preist das Ichthyol als eines der wertvollsten Mittel bei bestimmten Krankheiten, z. B. Acne indurata. In seiner Spitalpraxis gebrauche er dasselbe gewohnheitsmäfsig bei blennorrhoischem Rheumatismus und Orchitis. Die Konzentration der Salben dürfe keine zu geringe sein. Jedenfalls ist dem Mittel die Fähigkeit eigen, den Schmerz zu lindern und entzündliche Prozesse zu bekämpfen.

Dr. Raynor hob die günstigen Resultate hervor, welche er bei Verbrennungen und anderen oberflächlichen Gewebsverlusten erzielt hat. Das Ichthyol beseitigt mit Promptheit den Schmerz und fördert die Vernarbung.

Henry H. Morton M. D., Vorsitzender. James McF. Winfield M. D., Schriftführer.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 31. Heft 2. 1895.

I. **Zur Kenntnis der Darierschen Krankheit.** Ein Beitrag zur Lehre der Entwickelung der Psorospermien in der Haut, von Jarisch-Graz. Verfasser beschreibt einen Fall, den er Gelegenheit hatte, in den ersten Anfangsstadien der Erkrankung zu beobachten. Die Affektion war nach den Angaben des 31 Jahre alten Patienten erst vor drei Wochen aufgetreten. Im Beginn zeigten die Handflächen, die Haut beider Ellenbogenbeugen, der Achselhöhlen, Inguinalgegend und Gegend um den Nabel eine scharf umschriebene Rötung, an die sich in der folgenden Zeit eine sich rapid entwickelnde Schwielenbildung an den Händen anschloſs. Patient konnte nicht arbeiten und muſste das Hospital aufsuchen. Im weiteren Verlaufe kam es zu mäſsiger Schuppenbildung und zu einer eigentümlichen Braunfärbung der Haut, welche zu den wesentlichen Merkmalen der Affektion gehörte. Hereditär Belastendes scheint nicht vorzuliegen. Patient ist Schuhmacher von Profession.

Die eigentümliche Braunfärbung betrifft hauptsächlich die Haut am Bauche, der Achselhöhle, der Ellenbogenbeugen und der Inguinalgegend und ist in den zentralen Partien rein, nach der Peripherie hin mehr eine Mischfarbe von Braun und Rot mit einem Stich ins Violette. Auſserdem zeigen sich in der Nähe der braun verfärbten Partien und vereinzelt in diesen selbst stecknadelspitzgroſse, solide Epidermidalelevationen von hellerer Färbung.

Die Hände befinden sich in halber Flexionsstellung; die Hornschicht der Palma manus und der Volarfläche sämtlicher Finger ist mächtig verdickt und blättert sich in der Mitte der Hohlhand teilweise ab. Ähnlich afficiert ist die Planta pedis.

Die Behandlung der belästigenden Tylosis der Hände und Füſse bestand in der Applikation eines 15%igen Salicylseifenpflasters. Verfasser fand bei der mikroskopischen Untersuchung, daſs der Pigmentgehalt der Basalzellenschicht und des Stratum corneum weit gröſser war, als in der Stachelzellenschicht, was zur Annahme berechtigt, daſs die Quelle der Pigmentbildung hier innerhalb der Hornschicht zu suchen sei.

Einer sehr eingehenden Besprechung würdigt Verfasser die eigentümlichen, als Psorospermien angesprochenen Gebilde. Er fand, daſs der Kern der vermeintlichen Psorospermien im Bereiche der Hornschicht seine intensive Färbbarkeit und seine scharfe Begrenzung einbüſst, und daſs an seine Stelle ein mehr oder weniger deutlich hervortretender Haufen von Körnchen tritt, welche sich beim Studium ungefärbter Präparate als braun pigmentiert erwiesen und demnach als Pigmentkörnchen anzusprechen waren. Verfasser nimmt auf Grund dieses Befundes keinen Anstand, zu erklären, daſs hier ein Fall von Bildung von Pigment aus dem Kernkörperchen und noch innerhalb des (degenerierten) Kernes vorliegt, und sieht darin eine entscheidende Bestätigung seiner längst aufgestellten Behauptung, daſs sich Pigment auch aus Kernsubstanzen entwickeln könne. Die Identificierung der Molluscumkörperchen und der Psorospermien der Darierschen Krankheit weist Verfasser in Übereinstimmung mit Boeck entschieden zurück.

Auf Grund seiner eigenen Befunde und der Angaben der Autoren giebt Verfasser von der Darierschen Krankheit nachstehende Charakteristik: „Wir haben es in der Darierschen Dermatose mit einer Hauterkrankung zu thun, welche sich an gewissen Prädilektionsstellen, und zwar, wie Boeck hervorhob, besonders an Haut-

partien, die leicht und stark schwitzen, lokalisiert. Der Affektion liegt eine Entzündung im Bereiche der Papillarschicht zu Grunde, in deren Gefolge es zu einer Wucherung der Stachelschicht — (Verbreiterung derselben, Einwachsen der Reteleisten in die Cutis und sekundärer Verlängerung der Papillen) — Akanthose — kommt, in deren Anschluſs sich eine Hyperkeratose entwickelt. Diese beschränkt sich keineswegs auf die Follikelmündungen, sondern erstreckt sich auf den ganzen Bereich der afficierten Hautstelle. Parallel mit diesen Veränderungen geht eine Zunahme des Oberhaut- und Cutispigmentes, und hierdurch wird die eigentümliche Braunfärbung der Plaques bedingt. Das Oberhautpigment findet sich, wenigstens im Beginne der Erkrankung, vornehmlich in der Basalzellenschicht und der Hornschicht. In letzterer wird es zum Teile aus Kernsubstanzen gebildet.

Im weiteren Verlaufe kommt es neben der Hyperkeratose zur Entwickelung einer Parakeratose (Verhornung mit Erhaltung der Zellkerne, ohne vorausgehende Keratohyalinausscheidung (teilweise zu Entartung der Retezellen und als Resultat dieser und mechanischer Einflüsse zu Lakunenbildung im Rete. Die von Darier als Psorospermien angesprochenen eigentümlichen Bildungen finden sich im Beginne der Erkrankung — (vorliegender Fall) — spärlich, bei längerer Dauer in reichlicher Menge. Sie haben nicht die Bedeutung von Parasiten und sind in ätiologischer Beziehung nicht verantwortlich zu machen. Sie sind, wie dies der Annahme der meisten Autoren entspricht, Degenerationsformen und, wie ich wenigstens für die in meinem Falle vorhandenen Gebilde gezeigt zu haben glaube, Degenerationsformen der Kerne der Epidermiszellen, welche, mit ihrem oder ihren Kernkörperchen gequollen, Zellen vortäuschen und acidophil geworden sind, in der Hornschicht meist frei liegen, im Rete aber meist innerhalb des reducierten oder hyalin entarteten (Unna) Zellleibes eingeschlofsen — encystiert — sind."

Verfasser weist bezüglich der Ätiologie auf die Koincidenz von Eccema seborrhoicum oder von Seborrhoe des behaarten Kopfes mit der Affektion in fast allen bisher beobachteten Fällen hin. Da auch die Prädilektionsstellen der Darierschen Dermatose auch diejenigen des Eccema seborrhoicum sind, so dürften zwischen beiden Erkrankungen innere Beziehungen bestehen. Therapeutisch schreibt Verfasser dem Schwefel die wirksamste Rolle zu.

II. **Ein Beitrag zur Frage über den gleichzeitigen Gebrauch der Schwefelbäder und der Inunktionskur nebst experimentellen Untersuchungen**, von J. D. Grabowski-Busko (Rufsland). Verfasser hat sowohl an Menschen, wie an Tieren in dieser Richtung Versuche angestellt, deren Resultat er in folgenden Sätzen wiedergiebt:

1. Das unter dem Einflusse des in den Schwefelbädern enthaltenen Schwefelwasserstoffes sich nach den Einreibungen bildende Quecksilbersulfid gelangt zur Resorption und, in einer Einreibungssalbe oder subkutan in einer Emulsion intramuskulär eingespritzt, hat es dieselbe spezifische Wirkung, wie die Inunktionen mit der grauen Salbe, oder wie Kalomel und das gelbe Quecksilberoxydulat, in die Muskulatur eingespritzt.

2. In den Schwefelbädern kommt es zur Resorption des eingeriebenen Quecksilbers nicht später, als ohne dieselben; die Fälle mit leichtem Merkurialismus sind sehr häufig (nahe an 90%). Die Mehrzahl der bedeutendsten Kliniker betrachtet eine so kombinierte Kur für nützlich, es kann somit keine Rede sein von einer Verminderung oder gänzlichen Aufhebung der Wirkung des Quecksilbers in toto durch ein Schwefelbad in therapeutischem Sinne; die Umwandlung eines Teiles des auf der Oberfläche der Haut abgelagerten Quecksilbers in das langsamer wirkende Präparat kommt dennoch zu stande.

3. Eine spezifisch syphilitische Kur in Verbindung mit Schwefelbädern hat einen berechtigten Vorzug vor einer Kur chne Schwefelbäder, da man die Möglichkeit hat,

gröfsere Quecksilberquantitäten dem Organismus einzuverleiben; aufserdem, da man mit dem Quecksilber das Gift unschädlich macht und auch gröfsere Quantitäten desselben zugleich mit der Ausscheidung des Quecksilbers aus dem Organismus eliminiert; es wird durch dieselben der allgemeine Stoffwechsel gehoben, und die konstitutionellen Anomalien, welche auf einer Verminderung des Stoffwechsels beruhen und welche auf den Verlauf der Syphilis und die Therapie einen schädlichen Einfluſs haben würden, werden dadurch beseitigt.

4. Als Bedingung des Erfolges der Behandlung der Syphilis in Schwefelbädern ist eine gut durchgeführte Einreibungskur mit der gewöhnlichen, nicht gröfseren Dosis der grauen Salbe hinzustellen.

5. Die vorgeführten Experimente und die obigen Gesichtspunkte bezwecken nicht, die Überlegenheit der Schwefelbäder über die anderen Bäder bei der Quecksilberbehandlung der Syphilis zu proklamieren, es lag nur in der Absicht, zu beweisen, daſs die Ansicht über die Erfolglosigkeit der Syphilisbehandlung in den Schwefelbädern infolge der Bildung des unlöslichen Quecksilbersulfides auf nicht richtigen Voraussetzungen beruht und daſs sie bei einer eingehenden Prüfung der Frage, als den Thatsachen nicht entsprechend, als ein unberechtigter Vorwurf dieser kombinierten Behandlung gelten muſs.

III. **Alumnol, ein Antiblennorrhoicum,** von M. Chotzen-Breslau. Gegenüber den absprechenden Urteilen Caspers und Samters über die antiblennorrhoische Wirksamkeit des Alumnols unternimmt es der Verfasser noch einmal, auf Grund zahlreicher Versuche den Nachweis zu führen, daſs das Alumnol die gonokokkenhaltige Harnröhrenentzündung erfolgreich zu bekämpfen wohl im stande ist. Die Wirkung des Alumnols ist a) eine gonokokkentötende; b) eine adstringierende. Im ganzen wurden mit dem Mittel 294 Fälle von Urethritis behandelt, von denen 171 blennorrhoischer Natur waren. Von diesen 171 wurden in der ersten Woche der Behandlung 88 gonokokkenfrei, d. h. 53% der Fälle. Die adstringierende Wirkung hatte das Alumnol insgesamt in 239 Fällen zu erweisen. Es wurden bereits in der ersten Woche fädenfrei 82 Fälle = 34%. Wenn Pars anterior und posterior gleichzeitig von der blennorrhoischen Entzündung befallen waren, so wurde zunächst die Pars anterior mit 2% und nach Verschwinden der Gonokokken mit 1—½%iger Alumnollösung behandelt, während die posterior nach Verschwinden der Gonokokken aus dem vorderen Abschnitte 1—5%ige Ultzmannsche Instillationen, resp. mit 2½—10%iger Alumnol-Lanolinsalbe erhielt. Hierbei ist hervorzuheben, daſs eine Reizung des Blasenhalses, wie sie bei der Posteriorbehandlung mit Argentum nitricum öfters auftritt, selbst bei 5%igen Alumnolinstallationen sich nicht einstellte, ein Befund, den auch Casper bestätigte. Auf Grund seiner zahlreichen, genauen Beobachtungen und der Resultate, zu denen Verfasser bei der Prüfung des Alumnols gelangte, glaubt er sich für berechtigt zu halten, das Mittel als ein sehr wirksames Antiblennorrhoicum zu empfehlen.

IV. **Experimenteller Beitrag zur Inokulationsfähigkeit des Epithelioma contagiosum,** von G. Nobl-Wien. Die positiven Übertragungsversuche sind in der Litteratur bis jetzt in sehr spärlicher Anzahl verzeichnet. Verfasser ist in der Lage, einen weiteren experimentellen Beitrag hinzuzufügen, aus welchem die Überimpfbarkeit der Epithelioma in unzweifelhafter und überzeugender Weise zu entnehmen ist.

Der Fall, welcher diesen Untersuchungen zu Grunde gelegt ist, betraf einen 20jährigen Eisenarbeiter. Als er sich zum ersten Male im Spital vorstellte, zeigte er an der Dorsalfläche des Penis nach dem Mons pubis hin einen dichten Kranz stecknadelkopf- bis hanfkorngroſser, in der Mitte leicht abgeplatteter Knötchen, deren perlmutterglänzende glatte Oberfläche, zentrale Öffnung und Delle, sowie reaktionslose Umgebung sofort die Molluscumnatur der Effloreszenzen verrieten. In der Mitte des

Kranzes der kleinsten Knötchen befand sich der älteste und gröfste etwa bohnengrofse Knoten von ähnlicher Beschaffenheit. Derselbe war im Zentrum ulcerös zerfallen. Die aus der erweichten Stelle des Knotens entnommenen Partikelchen ergaben mikroskopisch zahlreiche charakteristische Molluscumkörperchen. Auf Anregung von Prof. Lang impfte Verfasser dem intelligenten Patienten an der Beugeseite jedes Armes, und zwar an drei voneinander, etwa 1½ cm entfernten Stellen, nach vorheriger gründlicher Desinfektion mit Seife, Alkohol und Äther etwas von dem erweichten Inhalt frisch ausgedrückter Epitheliomknötchen mittelst eines sterilisierten Glasstabes ein. Damit eine sichere Haftung erzielt werde, wurden vorher an den Inokulationsstellen die obersten verhornten Epithellagen mit dem scharfen Löffel entfernt. Alle Epitheliome am Penis wurden samt ihrer Basis und Umgebung durch Excision und nachfolgende Naht der Wundränder beseitigt. Der Patient konnte nach zwölf Tagen als geheilt aus der Anstalt entlassen werden. An den Impfstellen zeigte sich während der ersten 14 Tage nichts. Verfasser sah den Patienten erst nach weiteren fünf Wochen wieder. Jetzt wurde an einer Impfstelle ein für das freie Auge eben kenntliches Hügelchen wahrgenommen, das unter der Lupe bereits eine zentrale Öffnung zeigte. Nach acht Tagen war das Knötchen schon bis zur Gröfse eines Hanfkornes angewachsen und präsentierte sich als ein mit allen klinischen Charakteren ausgestattetes Epithelioma contagiosum. An zwei weiteren Impfstellen entwickelten sich in der darauffolgenden Zeit ebenfals typische Epitheliomknötchen. Eins derselben wurde exstirpiert und der histologischen Untersuchung unterworfen. Dieselbe ergab unzweifelhaft auch anatomisch die Identität der durch Inokulation erzielten Gebilde mit Epithelioma contagiosum; dagegen konnte Verfasser aus diesen Impfversuchen für die Beurteilung der Art des Infektionsträgers keine positiv verwertbaren Anhaltspunkte gewinnen.

V. **Eine leichte und schnelle Methode zur bakterioskopischen Diagnose der Lepra,** von Tschernogubow-Moskau. Notwendig sind zur Anwendung der Methode eine spiefsförmige Impfnadel, mehrere kapilläre, an beiden Enden zugelötete Glasröhrchen mit einer Erweiterung in der Mitte (wie sie zum Auffangen der Vaccinelymphe gebraucht werden) und endlich eine Spirituslampe.

Die Nadel wird unter dem üblichen antiseptischen Kautelen in die Oberfläche des Knotens, Infiltrates oder Fleckes eingestochen, so dafs die ganze Hautschicht durchdringt; gleich darauf nimmt man ein Röhrchen, bricht ein Ende ab, hält es über die Spiritusflamme und bringt es in die Wunde, wobei darauf zu achten ist, dafs das Ende des Röhrchens mit den Rändern des erhaltenen Schnittes in Kontakt kommt. Mit dem Abkühlen des Röhrchens dringt ein Gemisch von Blut und Gewebsflüssigkeit in dasselbe hinein, worauf sofort das offene Ende zugeschmolzen wird. Auf diese Weise erhält man reichliches Material, welches nach beliebiger Zeit untersucht werden kann. Die Vorteile, welche diese Methode der bakterioskopischen Untersuchung der Lepra bietet, sind folgende:

1. eine ganz geringe und dem Wesen der Krankheit nach meistenteils schmerzlose Operation, welche auf keine Weigerung von seiten der Kranken stofsen kann;
2. die Erhaltung eines reichlichen Materials zur Untersuchung;
3. die Leichtigkeit seiner Konservierung auf längere Zeit (der Inhalt des Röhrchens bot noch nach sieben Monaten ausgezeichnete Präparate von Leprabacillen);
4. die hohe Qualität des Materials (die Flüssigkeit enthält eine grofse Menge von Bacillen und deshalb ergiebt die Untersuchung stets positive Resultate);
5. die Schnelligkeit, womit die bakterioskopische Untersuchung der Kranken vor sich gehen kann;
6. die Einfachheit der dazu erforderlichen Instrumente und die Möglichkeit, ohne Gehülfen auszukommen.

VI. **Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie.** Ein Rückblick auf das Jahr 1893. (I. Nachtrag.) Von R. Ledermann und Ratkowsky-Berlin. Es werden in diesem Schlufskapitel behandelt die Hyphomyceten, die Bakterien im allgemeinen und speziellen (wie Syphilisbacillen, Bacillen des weichen Schankers, Gonokokken etc. etc.) *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1895. Heft 4.

Zur pathologischen Anatomie der Dermatitis herpetiformis Duhring, von Leredde und Perrin. In dieser ersten Veröffentlichung machen die Verfasser uns mit den Befunden bekannt, die sie bei der Untersuchung von Elementen eines Herpes gestationis gewonnen haben. Die Elemente bestanden aus jungen Papeln, die von neugebildeten Vesikeln gekrönt waren. Sie wurden 24 Stunden in Sublimatessig gehärtet, alsdann ebensolange einem Wasserbade ausgesetzt und dann in Paraffin eingeschlossen.

Der wichtigste Befund neben etwas veränderten Lymphkörperchen rings um die Gefäfse waren kleine Zellen mit einem zentralen Zellkern; sie lagerten in gröfserer Entfernung von den Gefäfsen und infiltrierten die Maschen des extravaskulären Gewebes in diffuser Weise. Sie sitzen immer zu zweit und sind von lichtbrechenden runden Körnern umgeben. Wir haben es hier, wie die Färbungen ergeben haben, mit eosinophilen Zellen zu thun, die, ebenso wie die meisten Blutkörperchen, aus den Gefäfsen stammen. Auffallend ist nur, dafs sie sich so weit ab von letzteren finden. Auf diesen Punkt, der sich bei allen Formen der Dermatitis herpetiformis wiederholt, werden die Verfasser in einer späteren Arbeit zurückkommen.

Der Inhalt der beiden Vesikeln auf den Papeln bestand fast nur aus Zellen mit eosinophilen Körnern (214) und aus weifsen Blutkörperchen (227). Mikrobien waren nicht nachweisbar.

Über keratotische Akne, von Tenneson und Leredde. Bei einem 26jährigen Menschen, der ein starker Esser war, sonst aber keine nosologische Vorgeschichte hatte, fanden die Verfasser neben den üblichen Veränderungen der Acne vulgaris eine eigentümliche Neubildung auf dem Rücken und der Hinterfläche der Schultern.

Hier sind gröfsere Flächen mit kleinen hornigen Knötchen bedeckt, die die Trichter der Haarfollikel einnehmen. Die einzelnen Herde sind ganz willkürlich verteilt und unregelmäfsig geformt, nur gegen die Medianlinie hin durch mehrere konzentrische Bogenlinien vom Gesunden abgegrenzt. Die einzelnen Knötchen stehen dicht nebeneinander, ohne je miteinander zu verschmelzen, und machen die Haut rauh wie eine Reibe. Sie sind hanfkorngrofs, grau; die umgebende Haut ist weder verdickt, noch verfärbt. Auch im Gesicht und auf der Regio praesternalis finden sich einzelne kleinere Herde. Die Symptome der Acne vulgaris, Papeln, Pusteln, Komedonen, sitzen regellos um die Herde und zwischen den einzelnen Knötchen verteilt. Der Ausschlag juckte fast gar nicht. Keratosis pilaris konnte wegen des Sitzes der Neubildung ausgeschlossen werden. Die histologische Untersuchung zeigte, dafs die Erkrankung von den den Haarfollikeln zugehörigen Talgdrüsen ihren Ausgang nimmt. Das Bindegewebe um die letzteren ist reich an flachen Zellen und Lymphkörperchen; sie erfüllen die einzelnen Drüsenläppchen und bringen sie zur Atrophie; die Hornschicht verdickt sich in der Folge und bildet einen regelrechten Krater, in dessen Mitte das nekrotische Haar steckt. In abgeschwächter Form ist die Erkrankung, die auf eine Störung in der Keratinbildung zurückgeführt wird, den Verfassern seit dieser ersten Beobachtung häufig begegnet. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.
1895. Heft 4.

I. **Kongenitale Amputationen von Fingern und Zehen bei einer Kabylin. Ähnlichkeit mit dem Ainhum,** von L. Raynaud-Algier. Die 16jährige Kabylin stammt aus gesunder Familie und ist, abgesehen von den gleich zu beschreibenden Abnormitäten, selber ganz gesund und zur Arbeit geschickt. Drei Finger der rechten Hand zeigen in verschiedener Höhe je eine tiefe, das ganze Glied umfassende, abschnürende Furche; die betreffenden Nägel sind atrophiert. Vom Mittelfinger ist nur ein kleiner Stumpf übrig, der mit dem Ringfinger durch ein Ligament verbunden ist. Der kleine Finger ist normal. An der linken Hand finden sich ähnliche Veränderungen. Am linken Fufs fehlen die beiden ersten Zehen; die übrigen weisen leichte Schnürfurchen auf; die Nägel sind stark verkümmert. Die Veränderungen sind angeboren.

An diese Beschreibung knüpft R. eine Besprechung der „Ainhum" genannten Krankheit, die zu ähnlichen Verstümmelungen führt. Sie wurde zuerst bei den Negern beobachtet und besteht darin, dafs in der Regel die letzte Zehe eines Fufses sich allmählich ohne Schmerz und ohne Blutung abschnürt und schliefslich abfällt; zuweilen ist auch die vorletzte Zehe mitergriffen. Raynaud skizziert kurz die verschiedenen Meinungen über die beiden Krankheiten und neigt dazu, die kongenitalen Amputationen und das Ainhum als verschiedene Formen eines Typus, einer Trophoneurose aufzufassen.

II. **Die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Einspritzungen von Quecksilbersalzen,** von Bayet. Bayet entwirft in grofsen Zügen ein Bild von den Vorzügen und Nachteilen einer „Spritzkur". Die Wahl der unlöslichen Salze kann er wegen der grofsen Gefahren, die unbestreitbar damit verbunden sind, im allgemeinen nicht empfehlen. Dagegen verdienen die löslichen Salze das volle Vertrauen der Ärzte. Zu demselben Ergebnis kommt auch die Statistik, die Lawrence Wolff durch Umfrage bei sämtlichen Autoritäten gewonnen hat, und die Bayet aus der *Dermatologischen Zeitschrift* auszugsweise mitteilt.

Eine kleine Unbequemlichkeit bei der Behandlung mit unlöslichen Salzen findet der Referent nirgends erwähnt, dafs sich die Kanüle nämlich während des Einspritzens bisweilen verstopft. Dagegen hat das wirksamste unter den löslichen Salzen, das Sublimat, den Nachteil, dafs es ungefähr täglich eingespritzt werden mufs. Das sind aber nur wenige Patienten, die wochenlang täglich in die Sprechstunde des praktischen Arztes kommen.

III. **Über einen seltenen Fall von Unduldsamkeit gegen das Jodoform,** von Raynaud. Ein 26jähriges Mädchen, eine Eingeborene, kam wegen variköser Beingeschwüre ins Hospital Mustapha zur Aufnahme. Die Geschwüre wurden mit Jodoform verbunden. Aber schon nach wenigen Stunden stellte sich so heftiges Jucken in der ganzen Extremität ein, dafs der Verband wieder entfernt werden mufste. Die Geschwüre hatten an Breite und Tiefe zugenommen und sahen schlecht aus; das Bein schwoll an, wurde ödematös und ein Erythem mit weifsen Bläschen, das man anfangs sogar für ein Erysipel hielt, entwickelte sich darauf. Die Erscheinungen schwanden erst nach zehn Tagen wieder; in der ersten Zeit bestand hohes Fieber. Dreimal wiederholten sich ähnliche Zufälle noch bei erneuerter therapeutischer Anwendung von Jodoform (einmal per vaginam). Trotzdem willigte Patientin in den Versuch, sich Jodoform auf die gesunde Haut legen zu lassen. Das Erythem erstreckte sich diesmal über den ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichtes; die weifsen Bläschen zeigten sich nur auf der Brust (Anwendungsstelle des Jodoforms):

daneben bestanden Jucken und Schlaflosigkeit, erhöhte Temperatur. Im Harn war Jodoform nachweisbar.

Patientin, sonst ganz gesund, reagierte in ähnlicher Weise, allerdings schwächer, auch gegen Jodtinktur.

IV. Das Eccema seborrhoicum der Augenlider und seine Behandlung, von H. Leloir. Leloir unterscheidet vier Grade des Eccema seborrhoicum der Augenlider. Im ersten Stadium finden sich am freien Lidrand feine weifse Schüppchen; Jucken ist gering; meistens wird über etwas Brennen oder Stechen geklagt. Im zweiten Stadium ist die Haut entzündet; es besteht etwas Nässen; anstatt der Schüppchen finden sich kleine Krusten, die durch hinzutretende Eiterung an Gröfse zunehmen können. Schon jetzt kann sich eine eiterige Folliculitis in Form von Gerstenkörnern bilden. Die Augenwimpern fallen bisweilen aus, ersetzen sich aber leicht wieder.

Im dritten Stadium nimmt die Entzündung noch zu; das Augenlid, namentlich das untere, wird häufig ödematös, der ganze Prozefs nimmt einen chronischen Charakter an. Die Augenwimpern fallen leichter aus und wachsen nur unregelmäfsig nach; das ganze Auge fühlt sich heifs an.

Im letzten Stadium endlich verdicken sich die Lider, werden sklerotisch; ein Teil der Wimpern ist für immer verloren, die übrigen stehen nach allen Richtungen. Entropium und Ectropium kommen zur Entwickelung, die Conjunctiva entzündet sich u. s. w.

Als Behandlung empfiehlt sich im Beginn Waschen der erkrankten Teile mit schwacher Resorcinlösung; Einreiben des Lidrandes mit Resorcin-Zink- oder Quecksilbersalbe. Bei stärkerer Eiterung der Conjunctiva Ätzen mit Cuprum sulfuricum, Lapis mitigatus, Alaun u. s. w. Aufserdem hygienische Behandlung, vor allem: Verbot des Arbeitens bei Gaslicht; viel Aufenthalt in freier Luft u. s. w.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

No. 2. Februar 1895.

I. Behandlung des nervösen häufigen Urinierens (Pollakiurie) durch steigende Dilatation der Blase, von Janet. Nachdem Verfasser die verschiedenen Ursachen besprochen, welche zu häufigem Urinieren überhaupt Anlafs geben, ferner auf die mannigfaltige kausale Behandlung hingewiesen, sodann für die rein nervöse Pollakiurie eine Einteilung in sieben Formen gegeben, empfiehlt er für die besonders hartnäckigen rein nervösen Pollakiurien hauptsächlich zwei Methoden: 1. den Patienten energisch zu raten, sie möchten den Zeitraum zwischen je zwei Urinakten möglichst weit voneinander legen und 2. die steigende Dilatation der Blase.

Letztere Methode erachtet er als die den Kranken zuträglichere und für sie angenehmere, da sie viel weniger Aufmerksamkeit und Selbstbeherrschung von denselben erfordern. Das einfache Verfahren wird folgendermafsen ausgeführt: Man führt einen Katheter in die Blase, entleert den Inhalt, wäscht mit etwas Borwasser aus, entleert es wieder und spritzt nun langsam so viel Borwasser ein, bis ein ernstlicher Harndrang entsteht. Hierbei gehe man aufmerksam vor und lasse sich vom Gefühle des Patienten leiten. Man entfernt dann den Katheter und empfiehlt dem Kranken, so lange als möglich den injicierten Inhalt zu behalten, resp. nicht zu urinieren und sich nicht weiter darum zu kümmern.

Diese Sitzungen werden anfänglich jeden Tag vorgenommen, bis man ein gutes deutliches Resultat erzielt, dann werden sie immer weiter auseinandergelegt, bis zu einer in der Woche, endlich bleiben sie ganz weg. Man kann wahrnehmen, dafs

die Blase von Tag zu Tag mehr Flüssigkeit verträgt, ehe Drang kommt. Es ist dies keine mechanische, sondern nach Guyon eine dynamische Dilatation.

Zwei Fälle werden genau beschrieben, in denen das Verfahren Heilung brachte. Aus der Krankengeschichte des ersten Falles, welcher eine 48jährige Dame betraf, dürften folgende Daten merkwürdig erscheinen: Die Kranke hatte 15 Jahre lang an dem ungestümen häufigen Harndrang gelitten, der sie zeitweilig 50 Mal bei Tage, sechs Mal bei Nacht befiel. Ohne Erfolg hatte sie folgende „Kuren" durchgemacht: 1. fünf monatliche Bettruhe, 2. Incision des Collum uteri, 3. langdauernde Elektrotherapie, 4. Abtragung der Gebärmutter und der Eierstöcke.

Erst die progressive Dilatation der Blase, welche innerhalb der Zeit vom Juli bis September 1894 durchgeführt wurde, verschaffte ihr bleibende Genesung; zuletzt brauchte sie nur mehr drei Mal am Tage und ein Mal in der Nacht (manchmal auch gar nicht) zu urinieren.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 37jährigen Neurastheniker, der seit neun Jahren am Tage stündlich und bei Nacht 5—6 Mal zu uriniren gezwungen war. Auch bei ihm war der Urin normal und völlig klar geblieben. Die progressive Dilatation wurde ca. sechs Wochen lang durchgeführt und erzielte Heilung; Patient konnte zuletzt bis 800 g der injicierten Flüssigkeit behalten.

II. **Injecteur uréthral** und: **Neuer Katheter zur Einspritzung in die Harnröhre**, von Bazet-St. Francisco. Unter diesem Titel werden zwei neue Instrumente zur örtlichen Behandlung der Harnröhre beschrieben; erläuternde Zeichnungen sind beigegeben. Wir können kurz nur folgendes darüber erwähnen: Der Injecteur uréthral stellt ein geknöpftes Instrument dar, das in seinem Innern drei Kapillarröhren führt, die wieder mit Gummischläuchen in Verbindung stehen. Man kann mit diesem Injecteur 1. die Harnröhren auf kurzer Strecke dilatieren, 2. ein Causticum einspritzen und 3. dieses nach seiner Wirkung wieder entfernen.

Das andere Instrument ist im wesentlichen ein Spülkatheter, mit dem man bestimmte Stellen der Harnröhre dehnen und energisch zu spülen vermag. Im übrigen sei auf das Original verwiesen. *Neuhaus-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Kehlkopflepra, von Paul Berggruen. (*Arch. f. Laryng.* 1894. II. Band. 1. Heft.) Der Verfasser bringt einen sehr wertvollen Beitrag zur Pathologie der Laryngitis leprosa, der sich auf genaue Beobachtung von neun Fällen stützt. Er beginnt in dieser Arbeit mit der Schilderung der makroskopischen Befunde; die mikroskopischen Befunde und das klinische Bild werden das Objekt weiterer Arbeiten bilden. Die Ergebnisse der makroskopischen Betrachtung werden folgendermafsen zusammengefafst:

Die Epiglottis ist in allen Fällen in Mitleidenschaft gezogen; ihr Integument ist durchweg verdickt, knotig; sie liegt stark nach hinten, ist seitlich komprimiert infolge der knotigen Schrumpfung resp. Verdickung der Mucosa an der Laryngealfläche und das Ergriffensein der Ligam. ary-epiglottica. Diese sind stets verdickt, verkrümmt, verkürzt, starr, retrahiert oder auch ganz in die, die Epiglottis betreffende

Geschwulstmasse aufgegangen. Diese Momente erklären die Lagerung nach hinten und die seitliche Kompression.

Die Taschen- und Stimmbänder sind ausnahmslos erkrankt, zeigen ausgesprochene Knotenbildung und, wo solche nicht zu sehen, wenigstens starke Schwellung, die besonders an den Stimmbändern in der Pars processus vocalis deutlich ist.

Die subchordale Schleimhaut ist stets diffus verdickt, nur hin und wieder flachknotig aufgetrieben. Sehr konstant ist ein starkes Klaffen der Schleimdrüsenausführungsgänge und stärkere Anschwellung und Verdickung der sie direkt umgebenden Gewebspartien.

Der Knorpel ist makroskopisch stets intakt, dagegen findet man stets perichondritische Reizung. In einzelnen Fällen ist die Verdickung des Perichondrium ganz eminent.

Abbildungen der Kehlköpfe sind beigegeben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Klinische und anatomische Untersuchung eines Falles von generalisierter tuberöser Lepra, mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems, von M. Nonne. (*Jahrbücher d. Hamburg. Staatskrankenanstalten.* 1891/92. Bd. III.) Der vom Verfasser untersuchte Fall betrifft einen Kaufmann von 26 Jahren, der vom 1.—10. Lebensjahre und dann vom 14. Lebensjahre ab in Maracaibo war, 1882 die ersten leprösen Erscheinungen zeigte und 1891 starb. Jahrelang bestand eine typische „tuberöse" lepröse Hauterkrankung, die in den letzten zwei Jahren unter fortwährenden chronischen Schüben zugenommen hatte. In dieser Zeit wurden auch Larynx, Uvula, weicher Gaumen, innere Nase ergriffen. Von inneren Organen bestand nur eine Veränderung der Nieren, welche aus der Albuminurie erschlossen werden konnte. Von seiten des Nervensystems bestanden nur die sog. „allgemeinen Symptome".

Die eingehende mikroskopische Untersuchung des Falles ergiebt als besonders hervorhebenswert, dafs die hochgradigsten Veränderungen der peripheren Nerven bestanden, ohne dafs klinisch entsprechende Symptome zu Tage getreten wären. Man fand eine Neuritis leprosa, die wahrscheinlich als zur Atrophie der Nervenfasern führende Perineuritis beginnt. Auffallend zahlreich waren in den Nerven die als circumskripte Bindegewebshyperplasie beschriebenen, konzentrisch geformten Gebilde vorhanden. Bemerkenswert ist ferner das Fehlen jeder absteigenden Degeneration in den peripheren Nervenenden, das Freibleiben der grofsen Nervenstämme der unteren Extremitäten, sowie des Radialis, wo er sich um den Humerus herumschlägt.

Betreffs der Lage der Leprabacillen glaubt Verfasser, dafs dieselben sowohl freiliegend wie in Zellen vorkommen, nimmt also einen vermittelnden Standpunkt ein.

Gute Abbildungen sind der Arbeit beigegeben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

R. H. L. Ribb-Mexiko liefert in der vom College of Physicians in Philadelphia preisgekrönten Arbeit: **Über die Natur und Behandlung der Lepra** (*Americ. Journ. of the med. sciences.* November 1894) nebst einem Bericht über 35 eigene Beobahtungen einen Überblick über den jetzigen Stand der Lepraforschung mit genauer Angabe der einschlägigen Litteratur. Hervorzuheben ist, dafs er die Leprabacillen im Gegensatz zu Köbner, Thoma und Cautlie wohl im Blute, das direkt aus einem Tuberkel entnommen war, nicht aber im strömenden Blute auffinden konnte. Die Lepra ist nur insoweit von Rasse, Klima, Höhenlage, Bodenverhältnissen, Ernährung, Wohnungs- und socialen Bedingungen abhängig, als diese Momente im allgemeinen eine Schwächung oder Kräftigung des Körpers bedingen. Die Möglichkeit der Inokulation der Lepra auf Menschen oder Tiere ist bis jetzt noch nicht erwiesen; sie ist eine kontagiöse, infektiöse Erkrankung, die unter noch unbekannten Bedingungen übertragbar ist,

dabei spielt die Heredität eine bedeutende Rolle. Sie ist besserungs- und heilungsfähig. Das Oleum Chaulmoograe ist von unbestreitbarer Wirksamkeit.

H. Einhorn-München.

Zur Diagnose und Behandlung der Lepra, von P. A. Morrow. (*Americ. Journ. of the med. science.* September 1894.) Des Verfassers Schlüsse sind folgende:

1. Die Kenntnis der Pathogenie und pathologischen Anatomie der Krankheit ist eine wesentliche Bedingung für eine rationelle Therapie.

2. Die Lepra wird bedingt durch den Bacillus Hansen, dessen Gegenwart in den Geweben entweder direkt oder indirekt durch Toxinwirkung jene grofse Reihe von organischen Läsionen und funktionellen Störungen hervorruft.

3. Es existiert keine Substanz, die im stande wäre, in den Körper eingeführt, die Bacillen zu töten, ohne auch die dieselben enthaltenden Zellen des Körpers zu schädigen.

4. Aus der Natur der pathologischen Veränderungen und dem Vorhandensein der Bacillen in den tieferen Gewebsschichten ergiebt sich, dafs kein keimtötendes Agens in direkten Kontakt mit dem Erreger der Krankheit gebracht werden kann, und hieraus resultiert die Unmöglichkeit einer Behandlungsweise, welche die Zerstörung der Bacillen zum Ziele hat.

5. Die Behandlung der Lepra mit Tuberkulininjektionen ist zu verwerfen. Im Anschlufs an dieselben wurde die Entwickelung neuer Krankheitsherde beobachtet.

6. Die Behandlung ist wesentlich eine empirische; ob gewisse Mittel die Fähigkeit besitzen, den lebenden Geweben sterilisierende Fähigkeit zu verleihen und sie ungeeignet für das Wachstum der Bacillen zu machen, kann nicht mit Bestimmtheit ausgesprochen werden.

7. Die mehr oder weniger rasche Entwickelung der Erkrankung hängt von der Resistenz der Gewebe gegenüber dem Eindringen der Bacillen ab. (!) In Ausnahms-, aber wohl verbürgten Fällen genügt diese Resistenz zur Zerstörung der Mikrobien, was durch die Beobachtung von Abortivfällen, in welchen unzweifelhafte Zeichen der Erkrankung vollkommen verschwinden, bewiesen wird.

8. Diese Resistenz kann gesteigert werden durch den Wechsel des Klimas, durch Besserung des Allgemeinzustandes.

9. Die Entfernung eines Kranken aus einer Lepragegend in ein günstiges Klima bedingt eine Modificierung des Ganges der Krankheit; stets tritt zum mindesten für einige Zeit Stillstand oder Rückgang der Symptome ein. Die Besserung dauert jedoch gewöhnlich nicht an. Von 160 Fällen, die aus Norwegen auswanderten, ist nicht ein einziger vollkommen geheilt worden.

10. Von günstigem Einfluſs ist eine trockene, mäfsig kühle Gebirgsluft, von gegenteiliger Wirkung heifses, feuchtkaltes Klima.

11. Alle als spezifisch empfohlenen Mittel (Chaulmoograöl, Gurgunöl, Arsenik, Strychninpräparate) sind in ihrer Wirkung mehr oder weniger unzuverlässig.

12. Die Behandlung mufs so früh wie möglich begonnen und lange Zeit energisch weitergeführt werden; in vorgeschrittenen Fällen ist jede Behandlung absolut wertlos.

13. Chirurgische Eingriffe werden sehr gut ertragen und sind von hohem Werte für die Abwehr drohender Komplikationen und die Verlängerung des Lebens.

H. Einhorn-München.

Die Kupfer-Silber-Medikation bei Lepra, von Rouffilange. (*Progrès méd.* 1895. No. 1.) Verfasser behandelte ohne jeden Erfolg eine Patientin mit maculoanästhetischer Lepra mit allen möglichen Medikamenten. Zuletzt unterwarf er seine Kranke folgender Behandlung:

1. Alle zwei Tage Duschen von 35° C. und zwei Minuten Dauer.

2. Zweimal täglich nach der Mahlzeit eine Pille von je 0,1 Kupferacetat und Silbernitrat.

3. Glycerinklystiere zur Bekämpfung der Obstipation, welche genannte Medikation nach sich zieht.

Resultat: langsames Verschwinden der erythematösen Flecke; Besserung der nervösen Störungen; Hebung des Allgemeinbefindens.

C. Müller - Freiburg (Schweiz).

Die Verteilung und Bekämpfung der Lepra in Nordamerika. Congress of American Physicians and Surgeons zu Washington, 29. Mai bis 1. Juni 1894. (*New York med. Journ.* 9. Juni 1894 und *Med. News.* 16. Juni 1894.)

J. N. Hyde meint, dafs es angezeigt sei, Mafsregeln gegen die Freizügigkeit der Leprakranken zu ergreifen. In den Vereinigten Staaten von Nordamerika sollen zur Zeit etwa 100 Fälle des Leidens gezählt worden sein. Dafs diese Zahl nicht gröfser geworden sei, beruhe offenbar auf der besseren und reinlicheren Lebensweise der Nordamerikaner gegenüber den Bewohnern des südlichen Weltteils.

J. C. White erklärt die schnelle Ausbreitung der Lepra auf Hawaii unbedingt durch infektiöse Übertragung von einer Person auf die andere. Er empfiehlt die obligatorische Anmeldung aller Leprafälle durch den behandelnden Arzt, die Verhütung der Einwanderung von Leprakranken und die Errichtung staatlicher Hospitäler für die Leprakranken.

G. H. Fox ist der Ansicht, dafs der Leprakranke für seine Mitmenschen nicht gefährlicher ist, als etwa ein Tuberkulöser. Er führt den Fall eines Universitätsprofessors an, der trotz zweifelloser Lepra seine Arbeiten fortsetzte, ohne dafs viele Leute in seiner Umgebung eine Ahnung von seiner Krankheit hatten.

J. D. Bryant führte aus, dafs man wohl berechtigt sei, ohne weiteres Zögern alle Schritte zur Exstirpation des Leidens zu ergreifen.

W. C. Wyman (vide auch den Artikel „National Control of Leprosy," *Med. News.* 16. Juni 1894) sagte, die heutige medizinische Wissenschaft sei wegen ihres Bestrebens zur Exstirpation aller kontagiöser Krankheiten gegenüber der Richtung während verflossener Jahrhunderte ausgezeichnet und charakteristisch. Am 26. April 1894 ist mit direktem Bezug auf die Lepragefahr eine neue Quarantäneordnung für das Gesamtgebiet der Vereinigten Staaten erlassen worden. Unter anderem besagen die Bestimmungen, dafs jeder beim Eintreffen eines Schiffes im Hafen an Bord befindlicher Leprakranker in der Quarantänestation festgehalten und bei nächster Gelegenheit nach seiner Heimat auf Kosten der betreffenden Schiffahrtsgesellschaft zurückgebracht werden soll. Überhaupt ist das Landen von Patienten mit kontagiösen oder ekelerregenden Krankheiten untersagt. Die Anordnung soll bereits mehrfach das Übersiedeln von Leprakranken aus dem Süden nach Nordamerika verhindert haben. Verfasser bespricht ferner die Möglichkeit der Einrichtung von Lepraasylen im ganzen Reiche und empfiehlt die Einsetzung einer vom Staatsrat (Kongrefs) zu ernennenden Kommission, um Nachforschungen anzustellen über die wirkliche Anzahl der Leprakranken in den Vereinigten Staaten und die Zweckmäfsigkeit von staatlich subventionierten Asylen.

A. van Harlingen bespricht die Diagnose in den Frühstadien. Es sei manchem Kranken mit den Initialsymptomen des Leidens aus Versehen das Einwandern gestattet worden. Die beste Therapie sei übrigens immer noch die Isolierung.

Philippi-Remscheid.

b. *Tuberkulose.*

Über den chirurgischen Teil der sogenannten kombinierten Behandlung des Lupus spricht Prof. A. Köhler in der Gesellschaft der Charité-Ärzte in

Berlin, Sitzung vom 11. Januar 1894. Die vorausgeschickte Tuberkulinbehandlung beseitigt einen bedeutenden Teil der tuberkulösen Neubildung und macht dadurch die Thätigkeit des Chirurgen zu einer weniger eingreifenden. Die chirurgische Behandlung beginnt, wenn bei der Injektionsbehandlung keine Fortschritte in der Vernarbung mehr eintreten. Man mufs den Lupus wie eine maligne Neubildung im Gesunden exstirpieren, was allerdings im Gesichte trotz der THIERSCHschen Transplantationen nicht immer ausführbar ist. Wo es möglich ist, folgt der Excision die Naht mit Borstenseide (Setol). Die Narbe dehnt sich allerdings oft später und wird keloidartig. Bei Excision mittelst Galvanokauter oder Thermokauter folgt Pulververband. Wo Naht nicht möglich ist, werden THIERSCHsche Transplantationen ausgeführt; man kann auch die Hautstücke auf die blutende Wunde auflegen. Auf dieselbe kommt dann gefensterter Schutztaffet und Jodoformmull-Moosverband, event. unter diesem noch Bismutum subnitricum.

Um die erkrankten Stellen geschmeidig zu erhalten, die Sekretion einzuschränken, jede Eiterverhaltung zu verhindern, dienen eine Paste aus Kalomel und Wasser, oder Kalomel und Borvaseline zu gleichen Teilen, oder eine Wismutpaste.

Einzelne kombiniert behandelte Kranke sind nicht ganz frei von Recidiven; diese sind aber unbedeutend. Zum Teil handelt es sich um Schrunden und Wunden auf Narben ohne tuberkulösen Charakter.

Der Verfasser erblickt in der kombinierten Behandlung ein Mittel, den Lupus in vielen Fällen unter geringer Entstellung und dabei gründlich zu heilen.

Diskussion.

LEWIN fragt, ob die Anwendungsweise des Tuberkulins dieselbe ist, wie früher; die frühere hat ja stets Recidive gegeben trotz jahrelanger Behandlung.

KESSEL: Das Tuberkulin ist nur an wenigen Stellen seit seiner Einführung ununterbrochen angewendet. Er möchte daher wissen, wo denn nach einer jahrelangen Behandlung Recidive beobachtet sein können.

LEWIN fragt, wie lange jetzt der gröfste Zeitraum der Heilung sei.

KESSEL: In einem Falle drei Jahre.

LEWIN: Es handelt sich um ein Scrophuloderma, das mit Lupus nicht identificiert werden kann.

KESSEL: Das Scrophuloderma war aber vorher zwei Jahre erfolglos behandelt worden. Das Phaneroskop ist bei der weiteren Beobachtung nicht verwendet.

SCHAPER hebt hervor, dafs bei dieser kombinierten Behandlung viel bessere Narben erzielt werden, als früher bei rein chirurgischen Eingriffen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bemerkungen über die chirurgische Behandlung tuberkulöser Affektionen bei gleichzeitiger Behandlung mit jod- und bromhaltigen Soolbädern, von v. ROSCIEWSKI-Krakau (*Wien. klin. Wochenschr.* 1894. No. 33). Auf Grund von Beobachtungen in Iwonic berichtet Verfasser seine Erfahrungen, die wir nur so weit erwähnen, als sie sich auf tuberkulöse Wunden beziehen. Er fand, dafs derartige Wunden durch die jod- und bromhaltigen Soolbäder bei lokaler Anwendung sich verschlechtern, sich mit blassen, schlaffen, speckartigen Granulationen bedecken. Man mufs dieselben daher mit einer für Wasser impermeablen Schicht vorher überziehen, was man durch Ätzung mit Argentum nitricum vor dem Bade leicht erzielt; nach dem Bade Jodoformgazeverband. Bei dieser lokalen Behandlung erzielt man durch die Bäder vorzügliche Resultate, da dieselben den Organismus kräftigen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lupus impetiginosus, von AUGAGNEUR. (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*). Der 53jährige Patient ist im Gesichte, am Halse und am rechten Oberarme mit einem

Ausschlage bedeckt, der ursprünglich rein lupöser Natur war, zu dem sich dann aber eine Impetigo hinzugesellt hatte. Mit 10 Jahren hatte er in der nämlichen Gegend bereits Ulerationen gehabt, von denen jetzt noch die Narben sichtbar sind, und im Alter von 40 Jahren hatte er denselben Ausschlag, wie jetzt. Aufserdem befindet er sich zur Zeit noch im sekundären Stadium der Syphilis. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von Scrophuloderma verrucosum, von C. E. Nammack. (*New York Med. Journ.* 28. Juli 1894). Bei einem 17 Monate alten Kinde fanden sich am Gesichte, Halse, Bauche, den Beinen und dem Gesäfse zahlreiche, unregelmäfsig gestaltete Borken, nach deren Entfernung blasse, leicht blutende, verruköse Granulationen zu Tage traten. Auf Berührung sind dieselben nicht empfindlich, und sie jucken offenbar nicht. Das Kind zeigte einen skrophulös-rhachitischen Habitus, und hierauf gründet N. seine Diagnose Skrophuloderma. Die Beschreibung ist aber zu knapp, um danach sich ein bestimmtes Urteil bilden zu können. In den bekannten englischen und amerikanischen Lehrbüchern, welche citiert werden, hat Verfasser nichts genau Analoges finden können.

Philippi-Remscheid.

Ein Mischfall an Syphilis und Tuberkulose des Mastdarmes, von R. Rieder. (*Jahrb. d. Hamburg. Staatskrankenanst.* Bd. III. 1891—92). Mischformen von Syphilis und Tuberkulose sind an sich nichts Seltenes, an Haut und Larynx sind sie wiederholt beobachtet; am Rectum aber ist das Vorkommnis kaum bekannt. Eine zweifellos syphilitische Person zeigt eine für Lues charakteristische Stenosierung des Mastdarmes nebst ausgedehnter Geschwürsbildung. Nach Exstirpation desselben zerfällt die Wunde neurotisch; erst Hydrargyrum salicylicum (subkutan) bringt sie zur Heilung. In dem Präparate findet mân aber neben dem luetischen Granulationsgewebe zweifellose Tuberkel mit typischen Riesenzellen, wenn auch ohne nachweisbare Tuberkelbacillen, die auch in dem Falle von Fabry (Tuberkulose und Lues am Präputium) vermifst werden. Dafs in einem solchen Falle die Exstirpation dringend indiciert ist, unterliegt keinem Zweifel. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Spannochi verwendet seit mehreren Jahren und mit bestem Erfolge die **Pikrinsäure bei Lupus und anderen tuberkulösen Affektionen** in folgender Weise: Die kranke Fläche wird mit dem scharfen Löffel gründlich ausgekratzt, dann mit fein pulverisierter Pikrinsäure bestreut und mit einem trockenen aseptischen Verbande bedeckt. Der sich bildende dünne Schorf fällt nach 2—3 Tagen ab und zeigt eine granulierende, nicht schmerzhafte Fläche, welche mit einer Pikrinsäure-Salbe (1 : 10, dann 1 : 20) behandelt wird bis zur vollständigen Vernarbung. In ähnlicher Weise behandelt S. tuberkulöse Knochenaffektionen. (*Rif. med.* No. 295. 1894.)

C. Müller-Freiburg (Schweis).

c. *Syphilis.*

Vorübergehende Hemianopsie auf syphilitischer Basis, von E. J. Bernstein. (*Med. News.* 30. Juni 1894.) Es handelte sich um einen 30jährigen Makler, der etwa zwei Jahre zuvor Syphilis acquiriert hatte, aber nach gründlicher Behandlung als geheilt entlassen worden war. Er hatte schon seit fünf Jahren bei Lampenlicht schlecht sehen können, aber seit drei Wochen waren die Beschwerden erheblicher geworden, und er konnte schon wenige Stunden nach dem Aufstehen kaum genug sehen, um umhergehen zu können. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab Skotome fast des ganzen Augenhintergrundes. Aufser verschiedenen syphilitischen Narben wies Patient auch mehrfach geschwollene Drüsen auf. Roborierende Mafsregeln und eine antisyphilitische Kur nach Fingerscher Vorschrift bewirkten in etwa einem Vierteljahre eine vollkommene Heilung der Sehstörung. *Philippi-Remscheid.*

Doppelseitige syphilitische Erkrankung des äufseren Gehörganges (Condylomata lata), von A. Bruck.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft 6. Februar 1895 stellte B. einen 27jährigen Patienten vor, der sich im September vergangenen Jahres inficiert hatte. Er absolvierte zweimal eine spezifische Kur (mit Injektionen und Pillen) und seit etwa 4—6 Wochen, nachdem bereits vorher Exanthem und Halsbeschwerden aufgetreten waren, hatte er juckende, mitunter stechende Empfindungen in beiden Ohren, verbunden mit starken subjektiven Geräuschen. Aus beiden Ohren entleerte sich eine dünnflüssige, übelriechende Flüssigkeit; das Gehörvermögen nahm allmählig ab. Bei der Untersuchung befanden sich beide Gehörgänge weit hinein, fast vollständig mit flachen, rötlichen und graurötlichen Exkrescenzen ausgefüllt, die zum Theil charakteristischen, speckigen Belag zeigten und ein dünnseröses, übelriechendes Sekret absonderten. Infolge der hochgradigen Verengerung der Gehörgangslumina war die Perceptionsfähigkeit für Flüsterstimme herabgesunken. Schmerzen im Ohr bestanden nicht. An der linken Ohrmuschel, etwa an der vorderen Ansatzstelle des Anthelix, zeigte sich ein speckiges, granulierendes Ulcus von länglicher Gestalt, welches sich mit seinen steilen, infiltrierten Rändern scharf gegen die Umgebung absetzte. Bei flüchtiger Betrachtung hätte an eine Otitis externa simplex gedacht werden können; allein das charakteristische Aussehen der Gebilde mufste zur Diagnose auf Syphilis, bezw. Condylomata lata führen, und diese Diagnose wurde noch bestärkt durch das Vorhandensein von gleichartigen Erscheinungen am weichen Gaumen und an den Tonsillen und durch das Bestehen verschiedener Drüsenschwellungen.

Kondylome an den Gehörorganen sind ziemlich selten. So hat Desprès unter 1200 syphilitischen Personen nur fünfmal solche des äufseren Gehörganges konstatiert, während ein amerikanischer Autor, Buck, unter 4000 Ohrenkranken 30 Mal Syphilis des äufseren Gehörganges, darunter ebenfalls nur fünfmal Condylomata lata angiebt. Ravogli fand unter 144 Syphilitikern nur ein einziges Mal Kondylombildungen an dieser Stelle, und Baginsky hat in seiner Poliklinik unter 20000 Ohrkranken — den vorgestellten Fall eingerechnet — im ganzen viermal Kondylome des Gehörganges gesehen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über syphilitische Ohrentzündung, von Jonathan Hutchinson. (*Arch. of Surg.* 1894. Bd. V. S. 289.) Taubheit und Facialislähmung infolge von Syphilis kommen im ganzen nur selten vor; erstere ereignet sich dabei noch häufiger als letztere; tritt sie im sekundären Stadium auf, so erfordert es rasches und umsichtiges Handeln — womöglich Bettruhe und reichliches Quecksilber —, wenn das Gehör nicht für alle Zeiten verloren gehen soll. Hörstörungen, die sich im Verlaufe einer tertiären Syphilis einstellen, sind lange nicht von so bedenklicher Natur. In einer Reihe von Krankengeschichten finden sich diese Ausführungen bestätigt. *Türkheim-Hamburg.*

Der milde Charakter und die verminderte Häufigkeit der Syphilis und das seltene Vorkommen der visceralen Syphilis, von J. H. Musser. (*Med. News.* 11. Aug. 1894.) In diesem Vortrage, welcher kürzer gehalten ist, als die Überschrift vermuten lassen dürfte, setzt Verfasser zunächst die Schwierigkeiten auseinander, die der Beschaffung einer zuverlässigen Statistik gerade bei der Syphilis entgegenstehen. Relativ am günstigsten sind hierfür die Verhältnisse, wenn (wie in Philadelphia) eine Stadt nur ein einziges zur Aufnahme venerischer Kranker bestimmtes Hospital besitzt. Zwar kommen dort meist nur die ärmeren Klassen zur Beobachtung, aber gerade diese sind infolge ihrer Lebensgewohnheiten, enges Zusammenleben, Mangel an Reinlichkeit u. s. w. am ehesten der Erkrankung ausgesetzt. Die Listen des Philadelphia Hospital zeigen nun seit 1864 eine wesentliche Abnahme in der Zahl der

Luetischen. Während in der Zeit von 1864—1868 dieselben 6,68% der Fälle ausmachten, waren sie für die fünf Jahre 1889—1893 auf 3,05% zurückgegangen. Auch geht aus den Hospitalsaufzeichnungen hervor, dafs die schweren, visceralen Tertiärsymptome seltener und weniger intensiv geworden sind. Verfasser betrachtet seine Mitteilung nicht als endgültig beweisend; dieselbe soll vielmehr nur den Anlafs geben, dafs auch von anderer Seite diesem Gegenstande die wünschenswerte Aufmerksamkeit zugewandt werde. *Philippi-Remscheid.*

Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Visceralerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis, von O. Lasch. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 40.)

1. Icterus syphiliticus praecox. Nicht ohne weiteres ist jede viscerale Syphilis auch eine gummöse, mag letztere auch schon sehr früh auftreten können. Praktisch ist dieses von Wichtigkeit, da im papulösen Stadium Quecksilber vor Jod den Vorzug verdient.

Der Icterus ist bei Syphilis ziemlich selten; die Angabe von Engel-Reimers, der ihn in 2% der Syphilisfälle gesehen hat, kann nach den Erfahrungen der Breslauer Klinik nicht bestätigt werden.

Lang und Kaposi sprachen Zweifel aus, ob der Icterus ein spezifischer ist oder ein katarrhalischer bei Syphilis. Der Verfasser glaubt aber, einen Icterus syphiliticus mit charakteristischen Erscheinungen aufstellen zu dürfen; er fand letztere regelmäfsig bei fast 50 Fällen. Ein diagnostisches Moment ist das plötzliche Auftreten ohne vorausgehende Verdauungsstörungen, die auch im Verlaufe des Icterus ganz fehlen können. Wo sie da sind, sind sie Erscheinungen der Eruptionsperiode. Oft folgen sie erst dem Icterus.

Ein weiteres diagnostisches Moment ist das Fehlen jeder anderen Ursache.

Verlauf und Dauer sind nicht charakteristisch, wohl aber der therapeutische Erfolg einer antiluetischen Behandlung. Wo diese zu früh ausgesetzt wurde, recidivierte der fast verschwundene Icterus. Ebenso charakteristisch ist die Koincidenz des Icterus mit dem Ausbruche des ersten Exanthems.

Verschiedene Erklärungsversuche sind für den Icterus in der Frühperiode gegeben. Die einen nehmen Schwellung der portalen Drüsen als Ursache an. Es soll der Icterus vornehmlich bei Patienten auftreten, die multiple kettenförmige Drüsenschwellungen zeigen. Andere nehmen eine Eruption von Papeln und Roseola auf der Schleimhaut der Gallengänge an. Mauriac dagegen behauptet, dafs eine Lebererkrankung mit sekundärer Beteiligung der Gallengänge vorliege. Es bestehe eine reguläre Leberentzündung; es müsse daher auch eine Lebervergröfserung vorhanden sein. FingER glaubt, dafs der Icterus eine durch die Toxine erzeugte Intoxikationserscheinung sei; jedoch müfste er dann besser auf Jod als auf Quecksilber reagieren.

Quédillac, wie Ricord vermuten eine katarrhalische Reizung der Gallengänge durch das inficierte Blut.

In den drei mitgeteilten Fällen ist stets eine Vergröfserung der Leber, zweimal auch eine solche der Milz notiert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über syphilitischen Icterus, von Moriz Otto. (Inaug.-Dissert. Kiel, 1894.) Während im tertiären Stadium der Syphilis Icterus nicht selten vorkommt und auch die Ätiologie desselben durch pathologisch-anatomische Befunde genauer aufgeklärt ist, liegen über Icterus der Sekundärperiode weit weniger Beobachtungen vor. Auch sind naturgemäfs Sektionsbefunde nicht leicht zu bekommen.

Verfasser hat sieben an der Kieler Klinik beobachtete derartige Fälle zusammengestellt und sich aus seinen Ausführungen folgende Schlufsfolgerungen gebildet:

1. Der bei Syphilis auftretende Icterus ist in den meisten Fällen durch die Lues selbst veranlafst.

2. Im Tertiärstadium ist er gewöhnlich durch Erkrankungen des Lebergewebes bedingt.

3. Dagegen verdankt er bei sekundärer Syphilis einer Lymphdrüsenschwellung an der Leberpforte seine Entstehung.

4. Die Prognose des letzteren ist günstig, doch mit Vorsicht zu stellen, da Icterus gravis im Anschlufs an ihn beobachtet ist.

5. Die Behandlung mufs in erster Linie eine energisch spezifische sein.

F. Hahn-Bremen.

In der Pariser medizinischen Akademie berichtete Verneuil über einen Fall von **Syphiloma ano-rectale**, welcher ohne operativen Eingriff durch eine antisyphilitische Kur geheilt wurde. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 49.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über gummöse Lymphome, von Walter Guttmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 47.) Verfasser berichtet über vier Fälle gummöser Lymphome, die er auf Josephs Poliklinik beobachtet hat.

1. 26 Jahre alter Schlosser, vor drei Jahren inficiert, jetzt Lymphdrüsengeschwulst in der rechten Leistengegend, Heilung nach 40,0 Jodkalium und 90,0 Unguentum cinereum.

2. 51jähriger Handelsmann, 1873 inficiert, Inunktionskur, seitdem niemals Erscheinungen. Vor circa einem Jahre Anschwellung an der rechten Brusthälfte, die auf die rechte Halsseite, später auf die linke übergeht; jetzt erhebliche Anschwellungen der Cervikaldrüsen, im Kopfnicker, am Processus mastoideus; Heilung durch Jodkalium.

3. 25jähriger Schuhmacher, Infektion geleugnet. 10 cm lange Geschwulst in der linken Leistengegend, Lymphadenitis totius corporis, fühlbare Kubitaldrüsen. Heilung durch spezifische Therapie.

4. 25jähriger Maler, vor sieben Jahren inficiert, starker prominierender Tumor in der rechten Leistengegend, entstanden, nachdem ihm ein schweres Brett an dieser Stelle getroffen; Heilung durch Quecksilber und Jodkalium.

Die gummösen Lymphome sind bisher wenig beachtet und als sehr selten angesehen; das erklärt sich durch den langen Zeitraum, der zwischen ihrem Auftreten und der Infektion zu liegen pflegt, durch die Unsicherheit der Anamnese. Die Meinung, dafs die Drüsen durch die Mitleidenschaft im sekundären Stadium immun gegen tertiäre Affektionen werden, widerlegt sich durch die klinische Erfahrung, dafs letztere gerade da ihren Sitz gerne aufschlagen, wo sekundäre Efflorescenzen gesessen haben. Die Diagnose der gummösen Lymphome ist eine mehr klinische.

Die erste eingehendere Bearbeitung der gummösen Lymphome stammt von Lustgarten. Sie treten spät auf, besonders oft im Anschlufs an Traumen, betreffen gewöhnlich ganze Drüsenpakete. Die Konsistenz ist eine elastische bis harte, aber auch eine weiche kommt vor. Sie wachsen langsam, sind spontan und auf Druck schmerzlos, können monatelang unverändert bestehen. Sie sind weder mit der Haut noch mit der Unterlage verwachsen. Sich selbst überlassen, bilden sie sich selten spontan zurück, sondern verwachsen mit der Umgebung, schmelzen zentral ein, die Haut wird dunkelrot, livide, es kommt zum Durchbruch, und es entsteht ein Geschwür. Auf Jodkalium und Quecksilber reagieren sie „comme per enchantement", was für die Abgrenzung sehr wichtig ist, besonders gegenüber Sarkomen, Carcinomen, leukämischen und pseudoleukämischen Drüsentumoren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Schilddrüsenschwellung in der Frühperiode der Syphilis, von Dr. Julius Engel-Reimers. (*Jahrb. d. Hamburg. Staatskrankenanstalten.* III. Jahrg. 1891/92.

Hamburg 1894. Leopold Voss.) Die Untersuchungen des Verfassers erstrecken sich auf 152 weibliche und 98 männliche Kranke; von ersteren zeigten 86 (= 56%), von letzteren 44 (= 45%) eine Schwellung der Schilddrüse in der Frühperiode. Bei 20 Männern und 52 Weibern war eine schon von weitem sichtbare Struma vorhanden; bei den übrigen waren nur die Seitenlappen vergrößert. Die Schwellung war stets eine weiche, schmerzlose. Schwangere und aus Kropfgegenden stammende Personen waren natürlich ausgeschlossen. Bei Prostituierten war die Möglichkeit, daſs geschlechtliche Überreizung bei der Vergrößerung der Schilddrüse mitsprechen könnte, zu berücksichtigen. Jedoch fand man dieselbe einerseits bei nicht prostituierten, luetischen Personen ebenso oft, andererseits ist sie nicht viel seltener bei Männern; endlich ist der Halsumfang bei frühsyphilitischen Männern immer größer, als bei Blennorrhoikern und mit Ulcus molle Behafteten.

Demnach darf man also die Schilddrüsenschwellung als luetische ansehen. Sie tritt gewöhnlich sehr früh auf in der zweiten Inkubationsperiode oder zusammen mit dem Ausbruch der Sekundärerscheinungen. Antiluetische Behandlung beeinflußt sie, ebenso wie die Lymphdrüsenschwellungen, nur wenig, sie bildet sich langsam im Verlaufe einiger Jahre zurück. Ob sie bei späteren Recidiven wieder hervortritt, darüber sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Bei Prostituierten persistiert die Schilddrüsenschwellung infolge habitueller geschlechtlicher Überreizung das ganze Leben, wie schon Lancereux bemerkt hat.

Beschwerden macht die Schwellung der Schilddrüse gewöhnlich nicht; die Möglichkeit, daſs es später zu Myxödem kommt, ist nicht ausgeschlossen. Koehler berichtet über einen 50jährigen Luetiker mit Myxödem, das durch eine antisyphilitische Kur geheilt wurde.

Zum Schluſs hebt Verfasser hervor, daſs auch andere Infektionskrankheiten zu Schilddrüsenschwellungen führen können, so Masern (R. Demme) und Influenza (Holz).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilis der Nägel, von L. Batut. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1894. S. 163.) Die Syphilis der Nägel verhält sich in der erworbenen Lues ebenso, wie in der angeborenen.

Schon das primäre Geschwür kann seinen Sitz am Nagel haben; es sind dann namentlich Daumen und Zeigefinger bevorzugt. Die Schleimhautplaques sind an den Zehen viel häufiger, als an den Fingern, und führen häufig den Verlust der Nägel herbei. Während hier der Prozeſs immer unter Entzündungserscheinungen oder Eiterung abläuft, so vollzieht sich die Zerstörung der Nägel im sekundären Stadium der Syphilis meist ganz geräuschlos; die Nägel werden brüchig, verdicken sich an ihrem freien Rande und fallen allmählich ab. Das tertiäre Stadium endlich bringt namentlich häufig hartnäckige Verschwärungen des Nagelbettes mit sich.

Türkheim-Hamburg.

Über die Beziehungen der Syphilis zum Diabetes, von Dubois-Havenith. (*La Policlinique.* 1894. No. 22.) Über den Zusammenhang dieser beiden Affektionen bestehen zur Zeit nur Hypothesen, denn trotz der Häufigkeit sowohl des Diabetes, als der Syphilis ist ihre Koincidenz doch ziemlich selten. Vorläufig steht allein folgendes fest:

1. Entsteht ein Diabetes im Verlaufe von Lues, so weist jener keine besonderen Merkmale auf, welche seinen spezifischen Ursprung sicherstellen.

2. Die Syphilis kann zu Glykosurie führen durch Vermittelung spezifischer, auf dem Boden des vierten Ventrikels lokalisierter Tumoren. In solchen Fällen hätte eine antisyphilitische Behandlung günstige Aussichten.

3. Es sind Fälle beobachtet worden, wo der Zucker aus dem Harne verschwand,

nachdem eine antiluetische Behandlung angewendet worden war. Dieselbe ist demnach stets indiciert, wenn die beiden Krankheiten nebeneinander bestehen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Syphilis und Blattern, von JONATHAN HUTCHINSON. (*Arch. of Surg.* 1893. S. 66.) In dieser interessanten Skizze betont H. das Vorkommen eines syphilitischen Ausschlags, der den Pocken zum Verwechseln ähnlich sieht und bei dem selbst Fieber nicht fehlt. Er selber ist in diesem Punkte mehrfach einem diagnostischen Irrtum verfallen. Zwei Krankengeschichten erhöhen noch das Interesse der kurzen Mitteilung. *Türkheim-Hamburg.*

Die Syphilis in ihren Beziehungen zu Knochen- und Gelenkerkrankungen, von FRITZ BERG. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1894. No. 45.) Knochenerkrankungen kommen im Frühstadium der Syphilis nicht vor; die Schmerzen in den Knochen bei recenten Formen sind nicht durch Erkrankungen derselben bedingt. Im gummösen Stadium wird sie aber bei erworbener und ererbter Syphilis sehr häufig. Relativ früh tritt die Knochennekrose in Mund und Nase auf; Vortragender hat sie mehrfach schon im zweiten Jahre der Erkrankung gesehen. Am häufigsten ist die Nasenscheidewand ergriffen, dann die Muscheln, der Vomer, Teile des Oberkiefers. Das runde Geschwür an der Nasenscheidewand im Beginne wird leicht übersehen. Kopfschmerz, Unwegsamkeit der Nase, stinkender, blutig-eiteriger Ausfluſs erleichtern die Diagnose, auch hohes Fieber kann bestehen. In einem Falle schwand dieses nach Entfernung der nekrotischen Knochenstücke. In manchen Fällen muſs man sich mehr exspektativ verhalten. So that er es mit gutem Erfolge in einem Falle mit vielfachen Nekrosen des Oberkiefers, wo die Resektion dringend vom Patienten gewünscht wurde, schlieſslich aber doch eine Ausheilung mit gutem Resultate erfolgte. An den flachen Knochen des Schädels, besonders am Stirn- und Scheitelbein, sieht man besonders oft eine Periostitis, die bei spezifischer Behandlung gut aushält. Ähnlich spielt sich der Vorgang am Sternum, Clavicula, Becken, Ulna und besonders an der Tibia ab. Hat sich ein Gumma gebildet, dann kommt es zu Ostitis, Periostose, Einschmelzung. An den Tibien ist für Syphilis hereditaria typisch die „Säbelklingenform". Die gummösen Erkrankungen der Röhrenknochen sind meist multipel, treten bei hereditärer Lues über die Pubertät hinaus auf. Chirurgische Eingriffe sind meist unnötig, die Allgemeinbehandlung genügt. In anderen Fällen, bei groſsen Gummen innerhalb des Knochens, ist die Exstirpation durchaus nötig. Sehr selten sind Erkrankungen der Wirbel; sie äuſsern sich in einem konstanten, dumpfen Schmerz. Sie können auch in Wirbelcaries enden.

Luetische Gelenkerkrankungen sind selten; man unterscheidet akute seröse, subakute oder chronische seröse und durch Gummata in der Umgebung ausgelöste. Die meisten serösen Formen im Sekundärstadium, oft multipel, unterscheiden sich durch Fehlen des Fiebers, der Rötung, geringe Schmerzhaftigkeit von der Polyarthritis rheumatica. Immobilisation ist selten nötig. Die chronischen und subakuten Fälle betreffen meist nur ein Gelenk, die Diagnose ist oft schwer. Der Erfolg der Therapie entscheidet oft. Die gummöse Form kann zu Zerfall des Knorpels und Knochens führen, so daſs chirurgische Eingriffe nötig werden. Ankylose ist bei Spontanbehandlung die Folge. Mit Tuberkulose, malignen Neubildungen kann eine Verwechselung statthaben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilitische Erweichung des Radius, von TSCHAPINE. (*Wratsch.* 1894. S. 135.) Es handelte sich um einen Fall von tertiärer Syphilis. Der rechte Unterarm der Patientin war verkrümmt und schaute mit der Konkavität nach auſsen; der Radius dieser Seite war in einer Ausdehnung von 3—4 cm in seiner ganzen Dicke

erweicht und liefs sich wie ein Rohr hin und her biegen. Der ganze Arm war schwächer und um 2 cm kürzer, als der linke; Schmerzen hatte Patient in demselben fast gar keine. *Türkheim-Hamburg.*

Myositis gummosa des Vorderarmes, von L. Derville und P. Vallin-Lille. (*Journ. des scienc. méd.* 1894. No. 15.) Gelenke nnd Muskeln sind bei der tertiären Syphilis seltener betroffen. Myopathien trifft man nur in 2,8% der Fälle; sie können umschrieben und diffus auftreten. Die diffuse Form führt zu fibröser Degeneration, Retraktion und Atrophie des Muskels, oder zu kartilaginöser oder ossificierender Degeneration. Die Haut ist rot oder violett, ödematös; Bewegungen sind schmerzhaft; in der Ruhe ist der Muskel schmerzfrei. Die umschriebene Form zeigt Gummata, die fettig degenerieren, erweichen und zerfallen. Der Beginn ist stets ein langsamer, insidiöser. Der einen runden Tumor darstellende Knoten ist auch bei Kontraktionen wenig schmerzhaft, reagiert aber auf hygrometrische Veränderung. Spezifische Behandlung bringt schnelle Heilung; ohne diese entsteht ein tiefes, höhlenartiges Geschwür. Die Lymphdrüsen sind nicht geschwollen. Die Heilung erfolgt unter Zurücklassung einer die Funktion des Gliedes sehr behindernden Narbe. Ein Fall wird berichtet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Haematoma durae matris auf luetischer Basis, von R. Hahn-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 6.) Verfasser beschreibt die Krankengeschichte eines 36jährigen Patienten, der an dem Leiden in kurzer Zeit zu Grunde gegangen ist, und bei dem die Obduktion eine chronische für Lues typische Leptomeningitis, die sich an der Konvexität in strichförmigen Verdickungen längs der Gefäfse, an der Basis in diffuser Verdickung, an den Prädilektionsstellen, nämlich an der Fossa Sylvi, am Tuber cinereum und am Chiasma äufsert, nachwies. Als Folgezustände der chronischen Leptomeningitis zeigten sich der chronische Hydrocephalus internus, sowie die Einschnürung des linken Oculomotorius. Dies äufserte sich einmal in seit langer Zeit bestehenden Allgemeinerscheinungen, wie Schwerfälligkeit des Denkens, Schwindelanfällen, sowie Veränderung des Wesens, sowie ferner in der die Ätiologie sofort klarstellenden linksseitigen Oculomotoriuslähmung. Ist es doch gerade der Oculomotorius, der, auch ganz besonders isoliert, von den syphilitischen Veränderungen betroffen, vielfach das erste Zeichen der bestehenden Hirnlues ankündigt. Hierzu gesellt sich dann allmählich die Pachymeningitis hinzu, sich zunächst durch Kopfschmerzen äufsernd, dann, wenn es zu gröfseren Blutungen innerhalb der lamellösen Auflagerungen kommt, treten apoplektiforme Anfälle auf, die von längerdauernder Bewufstlosigkeit gefolgt sind. *L. Hoffmann-Berlin.*

Syphilis des Nervensystems, von J. F. Barbour. (*News. Med.* 14. Juli 1894.) In diesem, zwar nicht den Gegenstand erschöpfenden, aber doch anregenden Aufsatze bespricht Verfasser die syphilitischen Nervenaffektionen nach der Einteilung: 1. gummöse, 2. vaskulöse, 3. interstitielle, 4. parenchymatöse. Unter letzterer Kategorie fafst B. die Psychosen auf luetischer Basis zusammen, ferner Neurasthenie, Dementia paralytica, Tabes, progressive Bulbärparalyse, progressive Muskelatrophie und amyotrophische Lateralsklerose. Ebenso, wie man bei Influenza und anderen akuten Infektionskrankheiten eine sekundäre psychische Erkrankung durch die Einwirkung der sich entwickelnden Toxine sieht, kann dies auch bei der Syphilis eintreten. Ob alle oder auch nur viele Ärzte mit dem Verfasser darin übereinstimmen werden, dafs jeder Syphilitische gut thäte, sein ganzes Leben lang jährlich viermal eine sechswöchentliche antisyphilitische Kur durchzumachen, scheint dem Referenten sehr zweifelhaft. Der eine mitgeteilte Fall von Ausbruch der tertiären Symptome,

55 Jahre nach der Primäraffektion, giebt hierzu immerhin doch keinen ausreichenden Grund. Wichtig ist die beobachtete Möglichkeit einer durch enorme Gaben JK zu erzielenden Besserung. B. hat bis zu 36 g (?) pro Tag ohne Nachteil verabreicht.

Die kurz angeführten Krankengeschichten umfassen folgende Fälle: 1. Progrediente Aphasie durch Gumma im Sprachzentrum; 2. Hemiplegie; 3. cerebrales Gumma; 4. epileptiforme Anfälle; 5. Ptosis; 6. Cephalalgia, Lypopsychia, Iritis; 7. spastische Paraplegie; 8. spinale Syphilis mit tabischen Symptomen; 9. akute Manie; 10. Delirium, Insomnia (diese Fälle wurden alle geheilt oder wenigstens gebessert); 11. spastische Paraplegie mit Dementia paralytica; 12. Tabes; 13. Hemiplegie; 14. Manie, Hemiplegie, Occlusio Arteriae fossae Sylvii. *Philippi-Remscheid.*

Die funktionellen Neuropathien und die Syphilis. (*Rif. med.* 1894. No. 194, 195.) Die Syphilis liefert die nötigen Bedingungen zu einer Veränderung der chemischen Zusammensetzung der nervösen Elemente. Diese Bedingungen beruhen auf einer Alteration 1. der Blutzusammensetzung (Oligo- und Poikilocytämie etc.); 2. der Gewebe infolge energischer antiluetischer Kuren; 3. der Gefäßwandungen (Periarteritis); 4. der Substanz der nervösen Elemente selbst; 5. auf Störungen in der Ernährung der nervösen Elemente unter dem Einflusse von Psychopathien, welche durch die syphilitische Infektion verursacht werden. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

In der Pariser dermatologischen Gesellschaft stellte Jullien eine 20jährige Frau vor mit **Zoster syphiliticus intercostalis** (zweiter Interkostalnerv). Dem Auftreten der Efflorescenzen waren heftige neuralgische Schmerzen um 14 Tage vorangegangen. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 47.) *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Jolly-Berlin berichtet über einen Fall von **Gehirnsyphilis mit Aphasie** bei einem 24jährigen Manne: Kephalalgie, Schwindel, häufiges Erbrechen, Pulsbeschleunigung, Diplopie, Pupillenstase; Tod nach 1½ Jahren. Die Autopsie ergab: Flecken auf der verdickten und in der linken Schläfenlappengegend adhärenten Dura; Pia besonders an der Basis verdickt und trübe, Arteria fossae Sylvii vollständig obliteriert.

C. Müller-Freiburg (Schweis).

Geistesstörungen bei Syphilis, von Paul Kowalewsky. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie.* Bd. 50. Heft 1 u. 2.) Die luetische Melancholie erscheint sowohl in der gewöhlichen Form, wie auch in Form der Hypochondrie, und zwar besonders in der Form der Syphilophobie; dabei besteht stets mehr oder weniger ausgesprochene Demenz. Die syphilitische Melancholie kann aktiver und passiver Natur sein; es giebt seltene Fälle reiner akuter Melancholie. Die Syphilophobie umfaßt zwei Gruppen, je nachdem sie syphilitische oder nicht-syphilitische Menschen heimsucht; die Fälle ersterer Art haben gewöhnlich den Charakter Hypochondrie mit Delirien über Syphiliserkrankung. Solche Kranken sind oft erregt und können für die Umgebung gefährlich werden. Häufiger sind maniakalische Zustände bei Hirnsyphilis; bestehende Motilitätsstörungen können progressive Paralyse vortäuschen; Amentia kann sich hinzugesellen. Reine Formen luetischer Manie sind selten; alle intellektuellen Störungen bei Hirnsyphilis tragen den Charakter der Abschwächung der „Hirnmacht und Spannung".

Selten ist die chronische Paranoia bei der Syphilis, deren Geistesstörungen stets den Stempel der Demenz tragen. Die progressive Paralyse wird meist (60—85%), nicht immer durch Syphilis hervorvorgerufen; andere vorbereitende Momente können hinzutreten. Die Unterscheidung einer syphilitischen und nicht-syphilitischen progressiven Paralyse ist unnötig.

Weitere Formen von Hirnsyphilis sind: Erstens die hereditäre, die alle klinischen Gestalten annehmen kann, zweitens die Syphilis maligna praecox nervosa von Fournier. Diese erscheint früh in der Sekundärperiode, verläuft trotz Therapie stürmisch, nicht selten mit schlechtem Ausgang für Gesundheit und Leben. Fournier unterscheidet die einfache Form und die komplizierte; bei letzterer bestehen auch Störungen anderer Systeme. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilis des Rückenmarks, von F. J. Smith-London. (*Brit. med. Journ.* 8. Dezember 1894.) Der 29jährige Patient acquirierte vor 18 Monaten Syphilis. Vor sieben Monaten bemerkte er zum ersten Male eine gewisse Steifigkeit und Schmerzen im Rücken. Sechs Wochen später stürzte er durch eine Fallthüre, ohne jedoch Schaden zu nehmen. Vierzehn Tage darauf verlor er rasch seine Kraft in den Beinen und mufste sich ins Bett legen. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus zeigte der Patient taubes Gefühl in den Beinen, sehr verstärkten Patellarreflex, Incontinentia urinae, hartnäckige Verstopfung seit zehn Tagen, schwachen Nystagmus. Gehirnerscheinungen waren sonst nicht vorhanden. Unter grofsen Dosen von Jodkalium besserte sich der Zustand.

Verfasser bespricht die Pathologie der Rückenmarkssyphilis.

C. Berliner - Aachen.

Syphilitische Tumoren des Rückenmarkes, die Syringomyelie vortäuschten. *Americ. Journ. of med. sciences.* Juni 1894.) Der Patient erkrankte mit Lähmung des linken Beines; allmählich wurde die ganze linke Seite kraftlos, rechts Taubheitsgefühl bis zur Brustwarze nach oben. Keine Empfindung für Schmerz, Kälte und Hitze in der unteren rechten Seite. Es fanden sich bei der Sektion zwei syphilitische Tumoren auf jeder Seite der Brustverdickung des Rückenmarkes.

F. Hahn-Bremen.

Beitrag zur Anatomie und Symptomatologie der syphilitischen Spinallähmungen, von J. Sottas. (*Thèse des Paris.* 1894.) Jede Rückenmarks-Syphilis ist eine ernste Erkrankung, die namentlich in den akuten Formen rasch zum Tode führen kann, während Heilungen selten, der Ausgang in Invalidität das Gewöhnliche ist; meistens bleibt eine spastische Paraplegie bestehen, die entweder akut einsetzt oder sich langsam entwickelt. Anatomisch finden wir eine Entzündung der kleinen Gefäfswände in der Peripherie des Rückenmarkes. Auch die gröfseren Gefäfse werden befallen und von da aus die perivaskulären Lymphscheiden, alsdann das Lymphsystem der Meningen und schliefslich der ganze Meningeal-Sack. Das Bindegewebe der Rückenmarkshäute infiltriert sich, und es bilden sich in ihm miliare Gummata. Die Erkrankung der Rückenmarksubstanz erfolgt erst sekundär entweder durch Ernährungsstörungen infolge Entzündung der Gefäfse, oder durch spezifische Infiltration des Mark-Parenchyms. Die weiteren Veränderungen des Rückenmarkes sind meist diffuser Natur und sitzen mit Vorliebe in der Randzone; ihre Symptome sind die einer Myelitis transversa. *Türkheim-Hamburg.*

Ein kasuistischer Beitrag zur „Coxitis luetica" und deren klinische Differentialdiagnose mit spinalen Arthropathien, von Stanowski. (*Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 30 u. 31.) Verfasser hat folgenden Fall beobachtet: Der 31jährige Patient war 1884 inficiert, hat 1884, 1885, 1888 und 1889 antiluetische Kuren durchgemacht. August 1893 erkrankte er nach Absolvierung eines Turnlehrerkursus plötzlich mit Schmerzen im linken Beine; gleichzeitig Zunahme einer bereits vorhandenen geringgradigen Ptosis; vergebliche Kur in Oeynhausen mit Bädern und Inunktionen. Der Patient wurde als Rückenmarksleidender angesehen. Die Pupillen waren etwas ungleich. Der Verfasser diagnosticierte eine Coxitis, verordnete Jod-

kalium. Er wurde in seiner Diagnose bestärkt dadurch, dafs der Druck des Trochanter major gegen das Acetabulum, sowie die Rotation des gestreckten Beines nach aufsen Schmerzen auslöste, das Massieren in der Gegend des Scarpaschen Dreiecks schmerzhaft war, Knoten hinter dem Trochanter major unter den Glutaeen fühlbar waren und die elektrische Untersuchung der atrophischen Muskeln wenig Abweichungen ergab. Die Behandlung mit grofsen Dosen Jodkalium, Galvanisation mit starken Strömen und Massage ergab Besserung, aber keine Wiederherstellung.

Die luetische Gelenkentzündung ist gewöhnlich eine Chondritis chronica; sie unterscheidet sich von der Arthritis deformans dadurch, dafs der Knorpel sich in narbenartiges Bindegewebe umwandelt, die hyperplastischen Wucherungen fehlen, es aber oft zu serösen Ergüssen kommt; die Gelenkkapsel ist verdickt, die Synovialis zeigt zottenartige, aus derbem Bindegewebe und Fett bestehende Vegetationen. Gummata können daneben in der Gelenkkapsel oder in den Schleimbeuteln der Umgebung sitzen, sind vermöge des oberflächlichen Sitzes leicht zu fühlen. Gangolphe beschreibt noch eine Osteoarthritis: es entsteht ein Syphilom in oder neben der Epiphyse, worauf es zum Durchbruch einer serös-purulenten Flüssigkeit in das Gelenk kommen kann. Der Knochendefekt, ebenso wie die Synovialis zeigen aber keine fungösen Wucherungen. Diese Osteoarthritis ergreift mehrere Gelenke, ist schmerzlos. Endlich kommt es selten zu Gelenkaffektionen sekundär nach luetischen Entzündungen des Periosts und Knochenmarkes.

Bei der Abgrenzung von tabischen Gelenkleiden sind folgende Momente von Wichtigkeit: Die letzteren setzen eine enorme, derbe, feste Schwellung der Weichteile in weiter Umgebung des Gelenkes ab, während bei luetischen Gelenkleiden die Schwellung gering ist, nur durch den Erguls im Gelenke bedingt wird. Die tabische Arthritis ist schmerzlos, auch bei passiven Bewegungen, so dafs der Kranke im Beginne gut gehen kann, bis mechanische Bedingungen es nicht mehr gestatten; das Gegenteil ist bei syphilitischen Arthritiden der Fall. Die tabische Arthritis ergreift oft beiderseits dieselben Gelenke. Dieselben entstehen meistens im ataktischen Stadium, nur selten im Prodromalstadium; niemals fehlen Sensibilitätsstörungen.

Dieser Patient zeigte keine Erscheinungen von Tabes. Die Ptosis dürfte auf einer peripheren, luetischen Affektion beruhen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Myelitis syphilitica und Dementia, von A. Popof. (*Russk. Med.* 1893. No. 51.) Bei einem 48jährigen Manne, etwas Potator, syphilitisch, entwickelte sich eine Lähmung der Sphinkteren und Parese des rechten Beines. Die Sensibilität für Wärme und Schmerz war herabgesetzt, Kremaster- und Bauchdecken-Reflex geschwunden, der Gang sehr unbeholfen. Daneben bestand ein höherer Grad von Schwachsinn. Sämtliche Symptome besserten sich nach einer dreiwöchentlichen spezifischen Behandlung. Popof nimmt an, dafs hier eine Myelitis syphilitica und eine Dementia syphilitica zusammengetroffen waren. *Türkheim-Hamburg.*

Im Hospital St. Antoine-Paris stellte Gilbert-Ballet einen Fall von **Syphilis** vor, welcher eine **amyotrophe Lateralsklerose vortäuschte** [Glosso-Labio-Pharyngealparalyse]. (*Sem. méd.* 1894. No. 66; *Rif. med.* 1894. No. 276.)

C. Müller-Freiburg (*Schweiz*).

Syphilis und Dementia paralytica auf Island, von Ed. Ehlers. (*Ugeskr. for Læger.* 1894. No. 41.) Der Verfasser, welcher während seiner Reise auf Island zur Erforschung der Lepra zugleich seine Aufmerksamkeit auf das Vorkommen der Syphilis — für welche Krankheit die Isländer früher als unempfänglich angesehen wurden — und der Paralysis generalis gerichtet hat, schliefst, 1. dafs die Isländer gegen Syphilis nicht immun sind, was schon früher vom Landphysikus Schierbeck

bewiesen war), dafs aber dieselbe auf Island sehr selten vorkommt und sich nicht unter der Bevölkerung verbreitet, weil die Bewohner schon durch die Natur räumlich voneinander sehr stark getrennt sind, dagegen kaum aus dem Grunde, weil sie besonders sittlich seien (der Verfasser führt in dieser Beziehung — nach SCHLEISNER — mehrere sehr kuriose erotische Hausmittel an, welche sich in isländischen populären Heilbüchern finden); 2. dafs Paralysis generalis ein einziges Mal bei einem Manne, welcher sich mehrere Jahre im Auslande aufgehalten hatte, beobachtet worden ist, und vielleicht noch bei zwei Individuen, welche dem einzigen Meerbusen Islands, wo ausnahmsweise Weiber der armen Bevölkerung sich mit fremden Seeleuten prostituieren und sich dabei Syphilis zugezogen haben. Sonst ist Paralysis generalis auf Island unbekannt, während Gemütskrankheiten übrigens ebensohäufig dort, wie in Dänemark, vorkommen. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Zu der Abhandlung Dr. EHLERS' über „Syphilis und Dementia paralytica auf Island", von Dr. phil. FINNUR JONSSON. (*Ugeskr. for Læger.* 1894. No. 46.) Der Verfasser hebt EHLERS gegenüber hervor, dafs die sittlichen Begriffe der Isländer im ganzen nicht unter denen anderer Völker stehen, indem es von EHLERS unberechtigt ist, wenn er Schlüsse nach der entgegengesetzten Richtung zieht, aus der Jahrhunderte alten Gewohnheit der Isländer, dafs Isländer in ein und demselben Raume zu schlafen pflegen, ebenso wie es unerlaubt ist, dafs EHLERS zur Beleuchtung derselben Verhältnisse die in den isländischen „populären Heilbüchern" erwähnten erotischen Hausmittel hervorzieht, da der Inhalt dieser sog. „Alt-Weiberbücher" in Wirklichkeit wahrscheinlich gröfstenteils fremden Ursprunges sind und aus dem Mittelalter stammen und gar nichts mit den sittlichen Begriffen und dem moralischen Wandel des Volkes in unserer Zeit zu thun haben. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Antwort auf den vorstehenden Artikel von Dr. phil. FINNUR JONSSON, von ED. EHLERS. (*Ugeskr. for Læger.* 1894. No. 47.) E. hat von der Sittlichkeit der Isländer nur angeführt, „dafs sie gewifs weder besser, noch geringer als die anderer Nationen sei" (die Angabe JULLIENS korrigierend, gemäfs welcher die vermutete Immunität gegen Syphilis in den strengen und reinen Sitten der Isländer zu suchen wäre) und mufs in dieser Beziehung auch fernerhin auf der Bedeutung der isländischen Gewohnheit, viele in demselben Zimmer zusammen zu schlafen (Männer, Weiber und Kinder, 12—14 in 6—8 Betten) beharren.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

A. FOURNIER hat 27 verschiedene statistische Zusammenstellungen gemacht **über die Beziehungen der allgemeinen Paralyse zur Syphilis.** Nach einer derselben zeigten 50%, nach einer anderen 93% der Paralytiker syphilitische Antecedentien. Von 14 paralytischen Kindern ferner waren 13 syphilitisch. Über die Erklärung dieser Beziehungen der beiden Affektionen zu einander werden aber so lange nur Hypothesen bestehen, als zwischen Psychiatern und Syphilidologen kein intimerer Kontakt existiert. (*La Presse méd. belge.* 1894. No. 44.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Tabes dorsalis als syphilitisches Leiden des Nervensystems spricht Prof. L. O. DARKSCHEWICZ in der Gesellschaft der Ärzte an der Kasaner Universität, Sitzung vom 21. September 1894. „Wer die Abhängigkeit der Tabes von der Syphilis leugnet, der verleugnet das Streben nach wissenschaftlicher Wahrheit" sagt der Vortragende. Freilich spricht die pathologisch-anatomische Untersuchung des Rückenmarkes gegen den Zusammenhang, aber das Rückenmark ist bei der Tabes nach des Redners Ansicht überhaupt erst sekundär verändert, das Ergriffensein der Hinterstränge ist nur ein Teil der Veränderungen bei der Tabes, dieselben erkranken erst

durch aufsteigende Degeneration infolge primärer multipler Neuritis auf luetischer Basis. Die Therapie bietet Aussicht auf Erfolg, wenn sie beim Beginne der multiplen Neuritis einsetzt. Lancierende Schmerzen und Erhöhung oder Abschwächung der Patellarreflexe genügen zur Diagnose der beginnenden Tabes. Diese trete gewöhnlich erst auf, wenn alle Anzeichen der Lues geschwunden sind, nur selten schon am Ende des ersten oder am Anfange des zweiten Jahres. (Nach *Allg. med. Centralztg.* 1894. No. 98.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Klinische Betrachtungen über die Beziehungen der Syphilis zur Tabes, von S. Lagoudaky. (*Thèse de Paris.* 1894.) Verfasser hat 212 Fälle von Tabes gesammelt; davon fielen 28 Mal Syphilis und nervöse Vererbung zusammen; 63 Mal bestand erstere, 44 Mal letztere allein, und in 77 Fällen war keine von beiden voraufgegangen, so dafs in ungefähr 48% der Fälle die Tabes einen Syphilitiker befiel. Trotzdem weist Verfasser der Syphilis in der Ätiologie der Tabes nur eine nebensächliche Rolle zu; die Hauptbedeutung hat für ihn die nervöse Vererbung; daneben entfaltet vielleicht auch das Quecksilber eine gröfsere Wirksamkeit.

Türkheim - Hamburg.

Ein Fall von Pseudotabes mit Arthropathia genu sinistri, von Ruhemann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 44.) Der 64jährige Kranke hatte vor 36 Jahren einen harten Schanker gehabt, ohne Secundaria, ohne Allgemeinbehandlung; vor 15 Jahren begann plötzlich, ohne voraufgegangenes Trauma, die Schwellung des Knies. Dasselbe ist jetzt enorm verdickt, es besteht ein Erguſs, die Epiphysen sind teils abgeschliffen, teils zerstört; links fehlt der Patellarreflex, rechts ist er erhalten; rechte Pupille weiter als die linke, reflektorische Pupillenstarre, Rombergsches Symptom, Gürtelgefühl, keine gastrischen Krisen, keine Blasen- oder Mastdarmstörung, Potenz aufgehoben. Das Westphalsche Zeichen fehlt, es bestehen nicht Ataxien bei Einzelbewegungen, Analgesien, Störungen des Muskelsinnes.

Verfasser hält die Erkrankung nicht für Tabes, sondern für einen syphilitischen Prozeſs des Rückenmarkes mit besonderer Beteiligung der Hinterstränge.

F. Hahn-Bremen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Ätiologie und Pathologie der Impotenz, von Gardner W. Allen-Boston. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* November 1893.) Verfasser betrachtet zunächst die verschiedenen Einflüsse, unter denen primär eine Hyperämie und Hyperästhesie der Pars prostatica urethrae und sekundär der krankhafte, nervöse Zustand hervorgerufen wird, der als nervöse oder atonische Impotenz anzusehen ist.

Obenan steht als Ursache der Impotenz die Masturbation, obwohl ihr Einfluſs vielfach übertrieben wird. Sicher ist, daſs anhaltend betriebene Masturbation, zumal vor Eintritt der Pubertät, nachhaltigen Schaden für Geist und Körper bringen kann.

Die lokalen physischen Folgen excessiver Masturbation bestehen in einer chronischen Kongestion und in einem katarrhalischen Zustande der Schleimhaut der Pars prostatica urethrae und des Caput gallinaginis, hervorgerufen durch häufige protrahierte Erektionen. In diesem Zustande pflegt auſserordentliche Hyperästhesie der Pars prostatica zu bestehen. Der katarrhalische Zustand kennzeichnet sich durch die Gegenwart von Eiterkörperchen, Epithelien, bisweilen spermatozoenhaltige Flocken im Urin.

Ähnliche Folgen, wie durch Masturbation, können sexuelle Excesse, perverse Ausübung des Coitus, anhaltende sinnliche Erregung durch extravagante, wollüstige Vorstellungen hervorgerufen werden.

Spermatorrhoe spielt, wenn auch nicht in allen Fällen, eine wichtige Rolle. Nächtliche Pollutionen sind physiologisch, wenn sie nicht von bestimmten Symptomen begleitet sind. Pollutionen am Tage bedeuten ein schweres Symptom und weisen, wenn sie sich häufig wiederholen, auf eine ernste Störung der sexuellen Funktion oder gar auf absolute Impotenz hin. Die Defäkationsspermatorrhoe bedeutet eine Verschlechterung der sexuellen Kraft und erheischt sorgsame Beachtung.

Blennorrhoe kann, wenn sie sich in die hintere Harnröhre erstreckt, Prostatitis, Vesiculitis und die sexuellen Folgeerscheinungen nach sich ziehen und so als gelegentliche Ursache der Impotenz angesehen werden.

Die Varikocele hat man ebenfalls als Ursache der Spermatorrhoe und Impotenz hingestellt.

Was die Pathologie der Impotenz betrifft, so mufs man annehmen, dafs eine Reizung in der Pars prostatica urethrae sich auf die benachbarten Nervenplexus und Ganglien, weiter auf das sympathische und das Zentralnervensystem überträgt und reflektorisch vom Gehirn und vom vasomotorischen Zentrum aus funktionelle Störungen im Urogenitalapparat hervorrufen. *C. Berliner-Aachen.*

Der Congressus interruptus als ätiologische Basis nervöser Störungen in der Genitalsphäre, von Hans Freudy. (Louis Heuser. Berlin 1894.) Die Schädlichkeit des Congressus interruptus ist bald behauptet, bald bestritten. Verfasser giebt zu, dafs Männer ohne nervöse Disposition nicht durch denselben leiden, es bei ihnen nicht zu derjenigen Impotenz kommt, welche durch eine prämature, noch vor der Immissio stattfindende Ejakulation charakterisiert ist (Ultzmanns Impotenz durch reizbare Schwäche). Bei nervösen Männern hält Verfasser den Congressus interruptus für durchaus schädlich und schliefst sich denjenigen Autoren an, welche die bekannte Nervosität der Franzosen auf die allgemeine Verbreitung dieses antikonceptionellen Verfahrens zurückführen.

Bei Frauen sind primäre nervöse Störungen nicht beobachtet, sie treten erst ein, wenn die reizbare Schwäche des Mannes sich ausgebildet hat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bei Spermatorrhoe (e masturbatione) und beginnender Prostatahypertrophie empfiehlt Hogner (*Bost. Med. and Surg. Journ.* März 1894) die Massage der Prostata per rectum, wobei zur Erzielung einer verstärkten Wirkung ein Katheter in die Urethra eingeführt wird. (Nach *Rif. med.* 1894. No. 94.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Behandlung der akuten Prostatitis, von Etienne. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* No. 4. April 1894.) Verfasser behandelte einen Fall von akuter Prostatitis im Gefolge von Tripper, nach der Methode von Reclus: Auflegen von dicken Mullkompressen auf den Damm. Diese Kompressen waren mit heifsem Wasser bis 55° getränkt; täglich gab man 2 bis 3 Heifswasser-Klystiere. Die Behandlung dauerte vom 25. April bis 18. Mai und ergab ein vorzügliches Resultat, obwohl bereits Eiterung der Drüse einzutreten drohte. *Neuhaus-München.*

Die Elektricität bei der Behandlung der chronischen Prostatitis und anderer zur Impotenz der Männer führenden Leiden, von G. B. Massey. (*Pac. Rec. of Med. and Surg.* 15. Mai 1894.) Nach einer etwas ausführlichen Darlegung der Gründe, weshalb die elektrische Behandlung bei diesen Affektionen gegenüber der chirurgischen bisher nicht genügend gewürdigt worden ist, giebt Verfasser einige nützlichen Anweisungen über den Gebrauch dieses Mittels an und berichtet über einige Beobachtungen aus seiner eigenen Praxis. Eine grofse Hauptsache ist die genaue Kontrolle und Graduierung des Stromes. Die rektale Unter-

suchung ist ebensogut auszuführen und giebt oft besseren Aufschluſs als die urethrale. Auch ist die Behandlung per viam recti wegen der groſsen Toleranz der Mastdarmschleimhaut oft viel zweckmäſsiger, als per urethram. Die chronische Prostatitis beruht zweifelsohne auf der Anwesenheit von Mikrobien. Sie bedingt anfangs eine vermehrte Sekretion, später immer eine katarrhalische Vergröſserung des Organs und gewöhnlich auch der Samenbläschen. Verfasser hat gefunden, daſs solche Zustände mittelst des konstanten Stroms auffallend günstig beeinfluſst werden. Die ausführliche Darlegung der verschiedenen technischen Maſsnahmen kann aber im Referat nicht wiedergegeben werden. *Philippi-Remscheid.*

Während Thiry die **Punktion der Blase** nur auf die Fälle von Retentio urinae infolge von **Prostatahypertrophie** beschränkt wissen will und sie bei Striktur für geradezu kontraindiciert hält, wendet sie Bouqué auch hier an, wenn die Retention mittelst Katheterismus nicht gehoben werden kann. (*Presse méd. belge.* 1894.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Hypertrophia prostatae durch Kastration behandelt, von Fredrik Ramm. (*Centralbl. f. Chir.* 1894. No. 12.) An der Hand von zwei Fällen, in denen er mit vollem Erfolge die Kastration wegen Hypertrophie der Prostata ausführte, die Vergröſserung derselben und damit alle vorhanden gewesenen dysurischen und cystitischen Beschwerden schwanden, kommt der Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Die Prostata gehört zu den Geschlechtsorganen.

2. Sie erreicht ihre Entwickelung nach eingetretener Geschlechtsreife oder gleichzeitig damit.

3. Bei Miſsbildung in den Geschlechtsorganen behält sie ihre infantile Gröſse, wie bei Kastration vor dem geschlechtsreifen Alter.

4. Bei der Kastration der Erwachsenen schrumpft sie ein.

5. Eine hypertrophierte Prostata schrumpft ein nach der Kastration. Es tritt gleich nach der Kastration eine Verminderung des Volumens ein, welche mit der Zeit zunimmt.

6. Diese Abnahme an Volumen nach doppelseitiger Kastration kann für therapeutische Zwecke bei Harnbeschwerden benutzt werden, welche durch die mechanischen Hindernisse beim Urinieren durch Hypertrophia prostatae hervorgerufen sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung der prostatischen Hindernisse, von Poncet und Bron. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 7.) Bron wirft der Cystotomie als Schwäche vor, daſs sie noch eine beträchtliche Mortalität aufweise, nämlich 11 Todesfälle auf 33 Operierte, und zwar starben 8 in den ersten acht Tagen. Er schlieſst:

1. Der Katheterismus muſs die Grundlage der gewöhnlichen Behandlung sein.

2. Der Blasenstich soll gemacht werden, wenn der Katheterismus momentan unmöglich.

3. Die Entfernung der Prostata durch die Harnröhre oder den hohen Blasenschnitt ist manchmal eine nützliche Operation.

4. Die Cystotomie soll nur für Ausnahmefälle verbleiben.

Poncet dagegen verteidigt die Cystotomie in den schweren Zufällen bei Prostatitis. Er zeigt die Gefahren der Urinvergiftung, das Risiko der Punktionen bei inficierten Blasen. Selbst aus der Landpraxis ist eine dringlich ausgeführte Cystotomie mit völligem Erfolg ihm bekannt. Die Schwierigkeiten der Operation seien nicht übermäſsig, die funktionellen Resultate oft gut. Mit einigen operativen Verbesserungen und bei gewissen individuellen Bedingungen würde der Urin noch viel öfter genügend zurückgehalten. Man muſs sich erinnern, daſs es oft um Fälle sich handelt, bei denen Leben oder Tod in Frage kommt. Es gilt hier, was der verstorbene Diday sagte:

„Ehe man daran denkt, die Funktion zu regeln, muſs man den Menschen, den Besitzer der Funktion retten." *Neuhaus-München.*

Eine neue Methode zur Excision der Prostata beschreibt NICOLL in *The Lancet.* (April 1894). Dieselbe soll gröſsere Hämorrhagien und eine nachträgliche Verunreinigung der Wunde durch den Urin vermeiden: Cystotomia suprapubica und Ausspülung der Blase; medianer Perinealschnitt bis auf die Prostata; Enukleation derselben mit dem Finger, event. mit einem stumpfen Instrumente; hypogastrische Blasendrainage. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Prostataektomie, von R. F. TOBIN. (*Med. Presse.* Dezember 1892.) Entsprechend den verschiedenen Formen der Vergröſserung der Prostata, können die Patienten in verschiedenen Stellungen leichter urinieren, man muſs deshalb dieselben darauf hinweisen, die beste Stellung herauszusuchen. Besteht Cystitis, dann stumpft man die Empfindlichkeit der Blase durch Bromkalium (0,6 pro dosi) herab. Die Operation ist erst indiciert, sobald die künstliche Harnentleerung sehr erschwert ist, das Allgemeinbefinden leidet. Bei vollständigem Verschluſs, ohne daſs die Drüse sich als sehr vergröſsert per rectum erweist, kann man einen beweglichen Lappen vermuten. Verfasser ging in einem genau geschilderten Fall so vor, daſs er die Cystotomia suprapubica machte, eine Drahtschlinge durch die Urethra einführte, über dieselbe einen Katheter streifte, der bis an den vergröſserten Lappen vorgeschoben wurde, die Schlinge über denselben führte und dann ihn mittelst derselben abtrug. Einen vergröſserten Seitenlappen entfernte er mit der Schere. Heilung nach sieben Wochen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Sekretionsvermögen des Nierenparenchyms nach Harnleiterunterbindung, von W. LINDEMANN. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1894. No. 11.) Mit der Frage der Entstehung der Hydronephrose beschäftigt, hat Verfasser die Folgen der Ureterunterbindung untersucht. Zuerst tritt eine venöse Hyperämie ein, die besonders beim Hunde gut ausgesprochen ist. Bald tritt an deren Stelle Ödem und Anämie mit starker Erweiterung der Harnkanälchen; die secernierenden Stäbchenepithelien werden in drei bis vier Wochen kubisch. Sodann sinken die Harnkanälchen zusammen, die Epithelien verschwinden, das sekretorische Nierenparenchym wird durch grobfaseriges Bindegewebe ersetzt, in dem nur Glomeruli erhalten bleiben, in erweiterten Kapseln liegend. Das periphere Nierenparenchym behält seine Struktur am längsten. Wir haben also drei Stadien: 1. Cirkulationsstörungen, 2. Erweiterung der Kanälchen, 3. Atrophie. Durch intravenöse Injektion mit indigschwefelsaurem Natron nach der Unterbindung ermöglicht man dann, die Funktion genauer zu studieren. Für die normale Niere ist die Krystallform des ausgeschiedenen Farbstoffes charakteristisch. Die abgestorbenen Nierenteile fixieren denselben in Körnchenform in den Gefäſsen. Die Funktion der Niere in den ersten beiden Stadien ist eine quantitativ herabgesetzte, im dritten, demjenigen der Atrophie, findet man die Farbstoffkörnchen in den Kapselräumen der Glomeruli, die in der Norm mit der Ausscheidung nichts zu thun haben. Von Interesse ist, daſs man dieses Verhalten der Glomeruli bei keiner anderen experimentellen Nierenerkrankung findet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pyelitis, Cystitis, Hämaturie, Cystotomie, Heilung, von SYMS. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 5.) Ein junger Mann von 22 Jahren litt schon seit zehn Jahren an Blasenstörungen: schmerzhaften und häufigen Drang zum Urinieren. Er war deswegen in nicht empfehlenswerter Weise in einem Spital behandelt worden. Zur Zeit der hier in Betracht kommenden Untersuchung war er von einer heftigen Cystitis heimgesucht, wegen welcher man ihm die Blase mittelst

des perinealen Steinschnitts drainierte; weder Geschwulst, noch Stein fand sich vor. Die Cystitis besserte sich; da jedoch der Urin trübe blieb, unternahm Syms die Probeincision auf die rechte Niere, in der Absicht, diese zu drainieren. Aber es trat eine so heftige Blutung ein, dafs er es für nötig fand, die Nephrektomie sofort auszuführen, worauf der Patient Genesung erlangte. Syms glaubt, dafs ursprünglich die Einführung unreiner Instrumente die Blase inficierte, und dafs von da aus eine Infektion der Niere stattgefunden habe. Sehr interessant erscheint, dafs der Kranke zehn Tage nach der Nephrektomie die deutlichen Zeichen eines Scharlachs aufwies, und dafs die eine Niere genügte, um täglich 70 Unzen (2450 g) Harn abzusondern.

Neuhaus-München.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Züchtung von Gonokokken bei einem Falle von Arthritis blennorrhoica, von E. Neisser. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 17.) In die Königsberger Klinik wurde ein Mann mit den Symptomen eines akuten Gelenkrheumatismus aufgenommen. Befallen waren rechtes Sprunggelenk und erstes Interphalangealgelenk des rechten Mittelfingers; da Salicyl vollkommen wirkungslos war, wurde eine Probepunktion gemacht: die entleerte dünne, weifslich trübe Flüssigkeit enthielt reichlich typische Gonokokken (Form, Anordnung, Färbbarkeit stimmten). Nun wurden Kulturen nach Wertheimscher Methode angelegt: es wuchsen auf dem Blutserumagar Kolonien, wie Wertheim sie beschrieben hat, und sie bestanden wiederum aus charakteristischen Gonokokken. Ein Röhrchen mit Glycerinagar war auch angegangen, vermutlich, weil mit der Impfung genug Serum auf den Nährboden gebracht war; im übrigen blieben Glycerinröhrchen steril. Merkwürdigerweise hatte der Patient keinen Tripper, leugnete auch — er war verheiratet —, je einen gehabt zu haben. Verfasser nimmt trotzdem eine latente Blennorrhoe bei ihm an. Die Fingerschwellung begann später Fluktuation zu zeigen und wurde gespalten: es zeigten sich wenig Eiter und üppige Granulationen in der Wunde. Dieselbe heilte bald; auch die Sprunggelenkschwellung ging zurück. Patient verliefs die Klinik, ehe er völlig geheilt war.

F. Hahn-Bremen.

Rheumatismus blennorrhoicus und dessen Behandlung, von R. Guiteras. (*New York med. Journ.* 24. März 1894.) Geschichtlicher Überblick (von 1507 Petrus Forestus bis 1854, Brandes), Besprechung der Ätiologie, Häufigkeit des Leidens, Lokalisation, Diagnose, der pathologischen Anatomie, Prognose, der Komplikationen und der Therapie, überhaupt eine gewandte Übersicht des Standes unserer jetzigen Kenntnisse von dieser Affektion.

In therapeutischer Beziehung empfiehlt G. namentlich das Salol in Gaben von 0,3—0,9, dreimal täglich; dasselbe kann auch mit Phenacetin (0,15 dreistündlich) verbunden werden. Ferner giebt er Oleum Gaultheriae 0,3, dreimal täglich bis zu 7,0 und 14,0 pro die. In Milch verabreicht, etwa 5—20 Tropfen alle zwei Stunden wird das Öl auch gut vertragen. Besprochen werden ferner Copaiva, Cubeben, Oleum Santalin., sowie die lokale Behandlung mit Tinct. jodi, Ichthyol (mit Lanolin ää), Vesikatorien, Paquelin, Thermokauter, Massage, elastischen Bandagen, Elektricität etc.

Philippi-Remscheid.

Bemerkungen über einen Fall blennorrhoischer Synovitis tendinosa suppurativa, von Tollemer und Macaigne. (*Rev. de méd.* 1893. No. 11.) Bei einem 19jährigen Menschen traten am fünften Tage einer Blennorrhoe, die ohne lokale Komplikationen heilte, allmählich wieder zurückgehende Schmerzen im linken Handgelenke, am 14. Tage eine Tendosynovitis des Extensor indicis dexter mit auf

Sublimatumschläge weichender Lymphangitis, am 30. Tage eine Tendovaginitis des Extensor digiti minimi sinistri mit gleichzeitigem Nachschub der Gelenkaffektion auf. Die linkseitige Tendovaginitis führte zur Sehnenscheidenverwachsung, die rechtsseitige zur Eiterung; glatte Heilung nach Incision. Im Eiter fanden sich nur die durch Form, Färbbarkeit, intracellulare Anordnung und Wachstum charakterisierten Gonokokken. Nur im Beginne der Komplikationen waren geringe Temperaturerhöhungen vorhanden.

Verfasser plädiert für baldiges chirurgisches Eingreifen bei den blennorrhoischen Synovitiden und Arthritiden, bestehend in Punktion und Auswaschung oder in Eröffnung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Cystitis blennorrhoica, von E. Besnier. (*Méd. mod.* 1894. No. 26.) Bei frischer Cystitis mit gleichzeitiger Erkrankung der Pars anterior und posterior müssen Blase und Urethra behandelt werden; am besten sind Ausspülungen mit Kalium permanganicum. Die Lösung (1 : 2000—5000) muſs um so schwächer sein, je akuter der Prozeſs ist. Nach 5—6 Tagen pflegt Besserung eingetreten zu sein; nach 3—4tägiger Pause kann dann eventuell die Procedur wiederholt werden. Dieselbe kann mit oder ohne Katheter ausgeführt werden; die Anwendung des letzteren bedarf besonderer Vorsicht. Derselbe kann auch entbehrt werden, wenn man hochgestellten (1—1,3 m) Irrigator mit langem Schlauch und kurzer Kanüle benutzt.

Bei chronischer Cystitis blennorrhoica ist zuerst die Blennorrhoe der Pars posterior durch Argentum nitricum zu beseitigen. Vorher muſs aber auf eine Striktur gefahndet werden. Ist die Cystitis nicht sehr heftig, der Harndrang nicht sehr häufig, die Blase tolerant gegen Flüssigkeiten, dann wird täglich eine Ausspülung mit Argentum-nitricum-Lösung (1 : 1000) gemacht und eventuell bis 1 : 500 und noch höher gestiegen. Man benutzt einen Katheter, den man zeitweilig zurückzieht, um auch die Pars posterior zu bespülen. Man bringt zweckmäſsig die Flüssigkeit in mehreren Portionen in die Blase und läſst sie 5—6 Minuten darin. Wo Schmerzen und Harndrang diese Behandlung verbieten, werden täglich Instillationen in die Blase vorgenommen, und zwar mittelst eines Apparates, dessen Stempeldrehung jedesmal einen Tropfen herausbefördert. So werden 15—20 Tropfen einer 1%igen Höllensteinlösung eingebracht und schnell auf 4—5%ige Lösungen gestiegen. Dabei blande Diät, Vermeidung gewürzter Speisen und spirituöser Getränke, warme Vollbäder. Prophylaktisch ist es wichtig, in den ersten Tagen des Trippers jede Injektion und jeden Katheterismus zu unterlassen, um die Blennorrhoe nicht auf die Pars posterior zu übertragen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Pathogenese und Behandlung der Epididymitis blennorrhoica. (Nach *Rif. med.* 1894. No. 125.) Nach Eraud und Arlhac ist der pathogene Mikroorganismus der Epididymitis ein Diplococcus, der Orchiococcus, der sich zuweilen auch in der gesunden Urethra, in groſser Menge aber oft im blennorrhoischen Eiter vorfindet. Fehlt er, so kommt es nicht zur Entstehung einer Epididymitis, dagegen braucht er, wenn vorhanden, nicht notwendig diese Affektion hervorzurufen. Im Stadium der Urethritis besteht die Therapie in Urethralausspülungen mit 4%igen Lösungen von Gallobromol, welche den Janetschen Irrigationen mit Kalium permanganicum vorzuziehen sind (Rollet). Bei bereits bestehender Epididymitis ist die Behandlung 1. eine innerliche, indem Natrium salicylicum (6,0 pro die) gereicht werden soll; 2. äuſserlich wirkt die Eisblase vorzüglich gegen die Schmerzen. Aufserdem werden empfohlen: Zerstäubungen mit Methylchlorid (Fleury), Karbollösung (Thiéry und Fossa), warme (55° C.) Kompressen (Reclus), Aufpinselungen von Guajakol zu 1,0 pro die (Rollet), Einpackungen in Watte. Nach Rollet ist Bettruhe nicht absolut

erforderlich, indem die Patienten mit einem gutsitzenden Suspensorium meist ihrer Beschäftigung nachgehen können. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Behandlung der Konjunktivalblennorrhoe, von Burchardt. (Inaugural-Dissertation. Berlin 1894.) Vor 1881 wurden am Charité-Hospital in Berlin sämtliche Fälle von Blennorrhoe der Conjunctiva vom ersten Tage an mit 3%igen Argentum-nitricum-Lösungen behandelt; darauf wurde die Konzentration auf 2%, seit 1890 auf 1 : 600 und in letzter Zeit auf 1 : 1000 herabgesetzt. Mit dieser Lösung wird die Conjunctiva viermal täglich irrigiert. Resultat: Abfall des Prozentsatzes der Hornhautkomplikationen mit Sehstörungen von 38,4 auf 13,3%.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Rey behandelte einen Fall von impermeabler blennorrhoischer **Harnröhrenstriktur** durch Anlegung einer **hypogastrischen Blasendrainage:** Hautschnitt, Blasenstich mit grofskalibrigem Troikart, Einführung eines groben Nelatonkatheters, der acht Tage liegen bleiben und gleichzeitig zu antiseptischen Blasenausspülungen dient. Inzwischen wurde der Katheterismus der Urethra wieder versucht, der dann auch gelang; Urethrotomia interna, progressive Dilatation, Entfernung der Drainage, Naht, Heilung. (*Bull. méd. de l'Algérie; Presse méd. belge.* 1894. No 13.)

C. Müller-Freiburg (Schweis).

Ein Fall von Blennorrhoe, mit Endocarditis und kutanen Manifestationen kompliciert, von Welander. (*Nord. med. Arkiv.* 1894. No. 13.) Verfasser beschreibt genau die Krankengeschichte eines Patienten, der sich zweimal eine Blennorrhoe zuzog, die in beiden Fällen mit einem starken, blennorrhagischen und erythematösen Ausschlag kompliciert war, welcher nicht durch dargereichten Copaivabalsam hervorgerufen wurde. Aufserdem bestanden im zweiten Falle heftige intermittierende Fieberbewegungen, Endocarditis und Nierenaffektion. Ein Geräusch am Herzen blieb zurück, sonst trat völlige Genesung ein. Es verlief also beide Male die Blennorrhoe unter dem Bilde einer schweren Septico-Pyämie, als deren Eingangspforte wir die Harnröhre anzusehen haben. Im Inhalt der Blasen liefsen sich weder mikroskopisch, noch durch Impfung Gonokokken nachweisen. Verfasser sieht die Hautaffektion daher als ein auf Toxinen beruhendes angioneurotisches Erythem an. Die Endocarditis möchte er dagegen der direkten Einwirkung von Bakterien zuschreiben. Er kann allerdings den strikten Beweis nicht erbringen, dafs es die Gonokokken allein gewesen sind, welche diese Komplikation hervorgerufen haben; von anderen Autoren sind wohl Diplokokken in den endokarditischen Auflagerungen nachgewiesen, die alle Proben des Gonococcus bestanden. Verfasser hält daher für wahrscheinlich, dafs auch in diesem Falle der Gonococcus der Urheber der Komplikationen war, da sich Patient bei zwei verschiedenen Mädchen inficiert hatte und es doch unwahrscheinlich ist, dafs diese beide einen Infektionsträger gemeinsam hatten, der zusammen mit dem Gonococcus die Mischinfektion bedingte. Will man aber skeptisch sein, so mufs man annehmen, dafs Patient in seiner Urethra einen Keim beherbergte, der ihm für gewöhnlich kein Unbehagen bereitete, aber durch das Dazutreten des Gonococcus die beschriebene Virulenz erlangte. *F. Hahn-Bremen.*

BOSTON MEDICAL LIBRARY AUG 8 1895

Blennorrhagische Psychopathie, von S. Venturi. (*Rif. med.* 1894. No. 95 und 96.) Unter einer Summe von 330 Geisteskranken, welche Verfasser seit 1888 in der Irrenanstalt zu Girofalco beobachtet hat, befanden sich 22, deren psychopathischer Zustand in die Rubrik Hebephrenie (stuporöse und maniakalische Form) eingereiht wurde. Bei zwölf derselben (deren Krankengeschichte mitgeteilt wird) liefs sich ein seit Wochen oder Monaten bestehender eiteriger Ausflufs aus der Harnröhre konstatieren, der sich klinisch und mikroskopisch als blennorrhoischer Natur erwies. Alle

diese Kranken hatten auch spezifische Gelenkaffektionen mit Endo- und Pericarditis durchgemacht. Die Dauer der Psychopathie betrug meist zwei oder drei Monate und ging regelmäfsig in Heilung über, nachdem bereits vorher der eiterige Ausfluſs unter entsprechender Behandlung aufgehört hatte.

Verfasser glaubt nun, annehmen zu dürfen, dafs die Blennorrhoe mit der Psychopathie in ursächlichem Zusammenhange steht, und stellt sich den pathologisch-anatomischen Vorgang in der Weise vor, dafs die Blennorrhoe nicht allein entzündliche Ergüsse in die Gelenke und serösen Höhlen, sondern auch in den Meningen hervorrufen kann. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Nierenkomplikationen des Trippers, von Balzer und Jacquinet. (*Sem. méd.* 30. August 1893.) Albuminurie bei Blennorrhoe ist sehr häufig, und zwar ist sie bedingt, wie die meisten Autoren annehmen, durch Cystopyelonephritis. Verfasser fand unter 424 Fällen von Blennorrhoe 99 Mal Albuminurie, dann bei einer weiteren Serie unter 727 Fällen 131 Mal. Bei bestehender Orchitis war Albuminurie häufiger; die Komplikationen scheinen zu derselben zu disponieren. Die Albuminurie tritt in zwei Formen auf: 1. Durch lokale ascendierende Infektion. Es entsteht per continuitatem Cystitis, Ureteritis, Pyelonephritis. Wahrscheinlich handelt es sich dabei um Mischinfektionen; nur Bockhart hat in der Niere reine Gonokokkenkulturen gefunden. 2. Durch Allgemeininfektion auf dem Wege der Cirkulation als Ausdruck der Wirkung der Mikrobien-Toxine.

Von Symptomen sind hervorzuheben: intermittierende Pyurie, Schüttelfröste, Schmerzen in der Nierengegend, Dyspepsie; die Erscheinungen schwinden gewöhnlich in einigen Tagen. Besonders giebt die Nephritis ascendens dieses Krankheitsbild. Die andere Form macht verschiedene Erscheinungen, je nachdem es sich um Eiterung oder Nephropyelitis handelt; im ersteren Fall ist Albuminurie das einzige Symptom; im zweiten treten Fieber etc. auf, die 2—4 Wochen dauern. Am besten ist es, wenn das vollkommene Bild des Morbus Brightii sich entwickelt. Die Therapie erfordert in erster Linie Milchdiät. Balsamica sind meistens kontraindiciert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Septico-Pyämie mit Ausgang in Genesung, von H. Pander. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 24.) Ein 32jähriger Friseur leidet an blennorrhoischer Striktur, eiterigem Katarrh der Harnwege; seit 1½ Jahren ist der Harn übelriechend. Nach Urethralsondierungen entstand Infektion, die in Phlebitis und Thrombose der linksseitigen Beckenvenen, Stauungsödem, Embolien des kleinen Kreislaufs, Lungeninfarkten mit umschriebenen pneumonischen Prozessen sich äufsert. Dazu gesellen sich eine purulent-hämorrhagische Pyelonephritis, hohes Fieber, später mit Schüttelfrösten kombiniert, Milzschwellung, Degeneration des Herzmuskels etc. Durch Darreichung von Salol, Salzsäure, Benzoesäure, Georg Viktorquelle etc. verlor der Harn seine septischen Eigenschaften; daneben Priessnitzsche Umschläge auf das Abdomen und Eisblase auf das Herz. Heilung. Ob die Infektion bei der Sondierung durch unreine Instrumente oder durch im Harn vorhandene Infektionskeime erfolgt ist, läfst sich nicht entscheiden. Jedenfalls mahnt der Fall zur Vorsicht bei den Sondierungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen zur blennorrhoischen Septikämie mit einem Fall, von B. A. Rugg. (*The Lancet.* XIV. 3605/92.) Hyperpyrexie ist beim blennorrhoischen Rheumatismus unbekannt; in dem mitgeteilten Falle trat sie aber kurz vor dem Tode auf. Es handelt sich um einen 62jährigen Mann, der sich zum ersten Male mit Blennorrhoe inficierte; es bestand blutig-eiteriger Ausfluſs, der ebenso wie die Schmerzen nach zweitägiger Behandlung nachliefs. Dann traten aber multiple Gelenkaffektionen

auf; Temperatur 37,8; Conjunctivae gerötet. Es trat Besserung ein; jedoch wenige Tage darauf wurde Patient unter Steigerung der Temperatur auf 41,7° komatös, die Pulsfrequenz stieg auf 120°, und wenige Stunden darauf trat Exitus ein. Vielleicht handelt es sich auch in manchen anderen Fällen von Hyperpyrexie bei Rheumatismus articulorum um blennorrhoische Infektion. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine konservative Behandlung bei Blennorrhoe, von H. E. Bates. (*New York Med. Journ.* 14. April 1894.) Eine zwar nicht ganz originelle, aber zweckmäfsige Methode. Verfasser führt aus, dafs alle Versuche, das Leiden zu coupieren, irrationell und erfolglos seien. Im ersten Stadium mit dickem, gelbem Eiter verordnet er Kalii acetat. et citrat. ā 22,0, Natrii bromat. 28,0, Extractum hyoscyami. fluidum 14,0, Spiritus aether. nitrici 42,0, Syrupus aurant. q. s. ad 175,0. S. Mehrmals täglich zwei Theelöffel voll zu nehmen. Die Eichel wird mit Watte umwickelt und die Vorhaut vorgezogen. Ein Suspensorium ist obligatorisch. Verboten werden Thee, Kaffee, Alkoholica, aufregende Lektüre oder Unterhaltung, sowie körperliche Anstrengung. Gegen Chorda kommen Suppositorien mit Belladonna, Opium und Akonit in Anwendung. Im zweiten Stadium, bei dünnem, bläulichem Ausfluſs erhält Patient Injektionen mit verdünntem H_2O_2, zweimal täglich drei Tage hindurch auszuführen. Darauf folgen, etwa 17—18 Tage nach Beginn des Ausflusses, Injektionen mit Zincum sulphuricum 0,96, Acidum boricum 2,0, Hydrastis achromicatica 22,5, Aqua rosaria ā 175.0. Morgens und abends vorzunehmen. Hält der Ausfluſs trotzdem noch längere Zeit an, so wird eine kalte Stahlsonde mehrere Male eingeführt, womit Verfasser dann stets Heilung erzielte. Die mitgeteilte Tabelle über 20 nicht ausgesuchte Fälle ergab eine Durchschnittsdauer von etwa 31 Tagen.

Philippi-Remscheid.

Behandlung der Urethritis, von d'Haenens. (*La Policlinique.* 1894. No. 9.) Trifft man den Patienten im Stadium, wo die Blennorrhoe noch „coupiert" werden kann, d. h. wenn entweder noch keine Sekretion oder nur seröse besteht, so lassen sich drei Methoden anwenden:

1. Ausspülungen mit 1‰igen Lösungen von Argentum nitricum mittelst Nelatonschem Katheter; ein Quantum Flüssigkeit von 150,0 genügt meist für eine Ausspülung.

2. Einführung eines mit Argentum-nitricum-Lösung (1—1,5%) getränktem Wattebausches, der 2—3 Stunden liegen bleibt. Die Watte wird spiralig um einen Draht gewickelt, mit Hülfe eines Grünfeldschen Endoskops in die Urethra eingeführt, worauf der Draht ausgezogen wird.

3. Die Guyonschen Instillationen mit 1%igen Argentum-nitricum-Lösungen; nach d'H. die beste Methode.

Später wird die Behandlung eine andere: Die Irrigationen mit Lösungen von Kalium permanganicum, Sublimat, Resorcin können nur vom Arzte selbst ausgeführt werden und müssen deshalb meist durch gewöhnliche Einspritzungen ersetzt werden, welche, wenn gut ausgeführt, nach d'H.'s Meinung dasselbe leisten. d'H. bedient sich hierzu des Resorcins in 2—2½%igen Lösungen, welches gleichzeitig antiseptisch und analgetisch wirkt.

Im chronischen Stadium bestehen wieder andere Indikationen: lokale Kauterisationen mit Argentum nitricum (1 : 50—1 : 30), Dilatation mit Metallkathetern etc.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über den gegenwärtigen Stand der Trippertherapie, von A. Seydel (Heusers Verlag. Berlin-Neuwied 1894.) Verfasser giebt einen kurzen Überblick über den Standpunkt der Trippertherapie, seitdem wir die Ursache des Trippers in dem Gonococcus erkannt. Die Zusammenstellung enthält das Bekannte in übersichtlicher

Form und dürfte im allgemeinen kaum auf Widerspruch stoſsen. Die bedingungslos als genügend für die Diagnose der Urethritis posterior hingestellte Zweigläserprobe hätte doch der ihr immerhin noch anhaftenden Mängel wegen eine schärfere Kritik verdient. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über eine neue dreiläufige Spritze zur gleichzeitigen Irrigation von Urethritis antera, posterior und Harnblase, von N. Barrucco. (Bologna 1894.) Verfasser schreibt vier Umständen den oft äuſserst hartnäckigen Widerstand zu, den die Urethritis der lokalen Behandlung entgegensetzt: 1. der zu geringen Quantität der Irrigationsflüssigkeit, 2. der zu kurzen Dauer ihrer Einwirkung, 3. dem mangelhaften Wechsel derselben, 4. ihrer allzu limitierten Einwirkung.

Diesen Übelständen glaubt Verfasser mit seiner neuen Spritze abgeholfen zu haben. Sie wird in drei Kalibern angefertigt (17, 20 und 24 Charrière) und besteht aus zwei Zuflufsröhren und einem Abflufskanal. Sie findet ihre Indikation bei allen diffusen oder mit Cystitis komplicierten Urethritiden mit Ausschlufs der einfachen Urethritis anterior. Als Irrigationsflüssigkeit dienen Lösungen von Kalium permanganicum, Natrium benzoicum, Anilinwasser, welche (am besten mit dem Fingerschen Irrigator) so lange eingeführt werden, bis sie rein abfliefsen (500—1500 ccm). Die Spritze kostet 10 Lire und kann beim Verfasser selbst, via d'Aziglio, 58, Bologna, bezogen werden. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Maiocchi empfiehlt (*Policlinico.* 1894. No. 11) eine **doppelläufige Kanüle aus Glas zur Behandlung der Urethritis anterior acuta.** Dieselbe ist Y-förmig, 10 cm lang (von der Bifurkation zur Spitze) und 12 mm dick. Es wird, nach Art gewöhnlicher Trippersprizen, nur die Spitze in den Meatus eingeführt und die Glans komprimiert. Die Kanüle steht an einem Arme mit einem Irrigator in Verbindnng, welcher in einer Höhe von 1,50 bis 2,50 vom Meatus steht. Als Spülflüssigkeit bediente sich M. $^1/_4$—$1^0/_{00}$iger Lösungen von Kalium permanganicum; die Irrigationen können, je nach der Toleranz der Urethralschleimhaut, 2—5 Mal wiederholt werden. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Das Kalium permanganicum bei der Blennorrhoe. (*Rif. med.* 1894. No. 69.) Die von Janet prakticierte Methode ist folgende: Das Instrumentarium besteht aus einem Irrigator, einem $2^1/_2$ m langen Schlauch und einer konisch auslaufenden Glaskanüle. Ist die Schleimhaut stark geschwollen und wenig dilatierbar, so werden zunächst Balsamica gereicht und warme Kompressen etc. gemacht; im anderen Falle wird gleich mit den Ausspülungen begonnen, nachdem unmittelbar vor der Sitzung die Blase spontan entleert worden. Soll blofs die Urethra anterior behandelt werden, so wird der Irrigator in eine Höhe von 0,5 m gebracht und die 1 : 4000 bis 1 : 500 starke Lösung eingegossen, bis sie an der Pars membranacea anstöfst, wo sie einige Minuten mit der Urethralschleimhaut in Kontakt zu bleiben hat. Die Procedur wird mehrmals wiederholt, bis $^1/_2$ l verbraucht ist. Soll gleichzeitig die Urethra posterior irrigiert werden, so wird der Irrigator auf 1 m erhoben und die Lösung in die Blase abfliefsen gelassen, von wo sie spontan entleert wird. Bei sehr empfindlicher Schleimhaut kann zwar eine Kokainausspülung (1 : 4000) gemacht werden. Bei subakuter und chronischer Blennorrhoe werden die Irrigationen alle 24, bei der akuten alle 12 Stunden wiederholt. Dauer der Behandlung im Mittel 8—9 Tage. Die Resultate der Methode sind nach Janet, Delaroche, Dandois, Tixeron, Mantegazza sehr günstige, Recidive selten. Bei der Blennorrhoe des Weibes benutzt letzterer an Stelle der Janetschen Kanüle eine solche mit olivenförmiger Spitze.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Anwendung des Alumnols in der Behandlung des Trippers, von Schwimmer. (Kongreſs zu Rom; nach *Ann. des mal. des org. gén. - ur.* 1894. No. 5.) Schwimmer hält das Alumnol für brauchbar bei der Behandlung der Blennorrhoe des Mannes in akuten und chronischen Fällen (0,5—5%), besonders wertvoll aber für die Blennorrhoe der Frauen. In subakuten und chronischen Fällen hätte es ausgezeichnete Resultate geliefert. Er empfiehlt es zu vaginalen Auswaschungen unter Zuhülfenahme des Speculums, sowie zur medikamentösen Tamponierung des Cervikalkanals. *Neuhaus-München.*

Chrzaszczewski beschreibt (*Prz. lek.* 1893. No. 40) eine **neue Behandlungsmethode der Blennorrhoe mit Injektionen warmer Borsäurelösungen.** Die Flüssigkeit (3%ig bei 40° C.) wird in drei Portionen à 100,0 mittelst Nelatonkatheter in die Urethra injiciert. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Abortivbehandlung der Blennorrhoe mit Oleum Cinnamomi, von J. C. Dacosta. (*Med. News.* 21. Oktober 1893.) Folgende Methode gab bei 40 Patienten gute Resultate: 1. Auswaschen der Urethra mit heiſsem Wasser oder Sublimatlösung oder Wasserstoffsuperoxyd. Von letzterem nimmt man die 15 Volumen Lösung, verdünnt mit gleichen Teilen Wasser, und spült oder sprüht mit dem Zerstäuber aus. Dabei ist wegen des starken Schwimmens etwas Vorsicht nötig. 2. Alsdann wird Oleum cinnamomi eingespritzt oder gesprayt. Am ersten Tage nimmt man eine Lösung von Guttul. I des Öls auf 30,0 Benzoinol, am zweiten Tage nimmt man Gutt. II : 30,0, am dritten und den folgenden Tagen Gutt. III : 30,0. Die Procedur wird täglich drei- bis viermal wiederholt. *Philippi-Remscheid.*

Behandlung der Blennorrhoe mit Gallobromol, von P. Cazeneuve und Etienne Rollet. (*Lyon méd.* 1893. No. 29.) Gallobromol, löslich in 10 Teilen warmen Wassers, wirkt nach Lépine innerlich ähnlich wie Bromkalium. Verfasser benutzten dasselbe bei Blennorrhoe, erzielten auch recht günstige Ergebnisse, da die Sekretion meist schnell aufhörte. Wo dieselbe noch in der zweiten Behandlungswoche fortbestand, wurden noch Zink- oder Tanninlösungen angewendet. Bei Urethritis posterior kamen Instillationen zur Verwendung. Alte, chronische Blennorrhoen wichen nach einigen Tagen tiefen Injektionen. Es wurden 2—10%ige Lösungen verwendet, jedoch scheinen auch die schwächeren zu genügen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Erfolge bei chronischer Blennorrhoe mit Desinfektionsstäbchen von Apotheker Heinrich Noffke, von Neumann-Liegnitz. (*Allg. med. Centralztg.* 1894. No. 22.) Die Noffkeschen Desinfektionsstäbchen enthalten eine 2%ige Boro-Phenyl-Alumin-Verbindung in Kakaoöl; sie haben dem Verfasser bei chronischer Blennorrhoe sehr gute Dienste geleistet, eine Reihe veralteter Fälle geheilt. Ihre Vorteile sind:

1. Sie werden gut vertragen, verursachen keine Schmerzen.
2. Sie wirken meist schnell und sicher.
3. Sie bewirken keine Flecke in der Wäsche.
4. Dadurch, wie durch die Möglichkeit, ihre Applikation dem Patienten in die Hand zu geben, unterscheiden sie sich vorteilhaft von den Anthrophoren.

Zum Einschieben der Stäbchen werden jetzt elastische Hartgummi- oder Fischbeinstäbchen beigelegt. Verfasser empfiehlt die Desinfektionsstäbchen als ein sehr wertvolles Heilmittel. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

Raynaud beschreibt (*Bull. méd. d'Algérie.* Februar 1894) einen Fall von **„Vagabund disease"**, wobei die Differentialdiagnose zwischen demselben, der Malaria-Melanodermie und -Kachexie, der Addisonschen Krankheit und der Argyrose besprochen wird. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Desinfektion der Hände, von Hugo Langstein. (*Prag. med. Wochenschr.* 1894. No. 25—27.) Verfasser giebt referierend die auf das vorliegende Thema bezüglichen Arbeiten von Kümmel, Förster, Fürbringer, Mikulicz, Boll, Landsberg, Braak wieder, deren Ergebnis doch hauptsächlich ist, dafs die Reinigung mit Wasser und Seife die Hauptsache ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein neuer Verband zur Nachbehandlung bei Thierschschen Transplantationen, von O. J. Mayer. (*New York med. Journ.* 11. November 1893.) Um ein Abreifsen der transplantierten Hautstückchen beim Verbandwechsel zu vermeiden, empfiehlt Verfasser die Schutzdecke so einzurichten, dafs dieselben gar nicht damit in Berührung kommen. Oberhalb und unterhalb der betreffenden Stelle legt er dicke Wattepolster ringförmig um das Glied und überbrückt dieselbe entweder mit einem Brettchen oder mehreren auf Leinwand nebeneinander aufgeklebten Holzstreifen oder mit zweckmäfsig geformten Gypsabgüssen. Darüber wird ein regelrechter Verband angelegt. Die Methode soll recht gute Dienste geleistet haben.

Philippi-Remscheid

Rechte Monoplegia brachialis mit Hyperidrosis und Hypertrichosis, von J. Lynn Thomas. (*Brit. med. Journ.* 24. Februar 1894.) Ein Lokomotivführer hatte eine schwere Verletzung am Schädel davongetragen, bestehend in einer etwa an der Grenze zwischen linkem Parietal- und Schläfenbein befindlichen 2 cm langen, 1 cm breiten bis in die Gehirnsubstanz hineinreichenden Wunde. In Chloroformnarkose wurden die Knochensplitter entfernt. Nachdem der Patient zum Bewufstsein zurück gekehrt war, zeigte er eine vollständige Paralyse der rechten oberen Extremität, die Schulterbewegung mit einbegriffen. Aufserdem klagte der Patient über Schmerzen in der rechten Schulter. Der Zustand besserte sich nach und nach. Die Wunde heilte ab. Verfasser sah den Patienten 2½ Jahre später.

Derselbe zeigte bei der Untersuchung verschiedene, das Gebiet der Sensibilität betreffende Abnormitäten des rechten Armes und der rechten Hand. Daneben erregte die Aufmerksamkeit des Verfassers die Thatsache, dafs die Nägel an der rechten Hand brüchiger und mehr längsgestreift waren als vor dem Unfall. Der Patient erzählt, dafs sein rechter Vorderarm mehr behaart sei als früher; er ist bei der Besichtigung thatsächlich stärker behaart, als der linke. Die Ulnarseite der Hand (versorgt von Ästen des Nervus ulnaris), und zwar der Mittel-, Ring-, Kleinfinger leiden an Hyperidrosis. Wenn der Patient beide Hände in die Hosentaschen steckt, wird in kurzer Zeit der erwähnte Bezirk der rechten Hand feucht, was auch vor den Augen des Verfassers geschah, während der Patient eine Probe seiner Handschrift gab. Ein Unterschied in der Temperatur beider Hände konnte nicht wahrgenommen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Die wunden Punkte der Dermatologie. Antrittsrede von Prof. P. Tommasoli-Palermo. (*Rif. med.* 1895. No. 23/24.) Redner vergleicht in seiner gewohnten bilderreichen und poetischen Sprache die Dermatologie mit einem jungen hübschen Mädchen,

an welchem sich aber bei näherer Untersuchung eine Reihe von Wunden entdecken lassen. Auf unsere Spezialwissenschaft übertragen, ist es nun Pflicht und Aufgabe des Dermatologen, diese Mängel aufzusuchen, sie ans richtige Licht zu bringen und für deren Abschaffung zu sorgen. In dieser Richtung bleibt nun noch viel Arbeit zu thun übrig, so auf dem Gebiete der Physiologie, der Ätiologie, der Histopathologie (obschon hierin in letzter Zeit besonders durch Unna ein guter Schritt vorwärtsgerückt wurde) und auch der Therapie. Nur äußerst langsam dringt ferner Licht durch den wirren Knäuel der Klassifikation. Redner warnt dann vor gewissen Richtungen (Exklusivismus und Absolutismus), welche offenbar nur hemmend auf die Fortschritte unserer noch jungen Wissenschaft einwirken können.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Bericht über die Poliklinik für venerische Krankheiten von Pavia im Jahre 1893, von Scarenzio. (*Boll. della Prefettura.* Juni 1894.) Verfasser konstatierte eine bedeutende Zunahme der venerischen Affektionen seit Inkrafttreten des Crispischen Reglements (1888), indem dieselben von 166 (darunter 35 syphilitische) auf 389 (darunter 135 syphilitische) gestiegen sind. Die Hauptquelle der Infektionen sieht S. in den öffentlichen Häusern. Er verlangt deshalb eine Abänderung des bestehenden Prostitutionsgesetzes, welches einen unhaltbaren Zustand heraufbeschworen habe. Danach sollen die Prostituierten nicht mehr, wie bisher, zu Hause behandelt werden dürfen, sondern öffentlichen Spitälern zugewiesen und viel strenger beaufsichtigt werden; der Einschreibezwang soll bestehen bleiben. Mit diesen Maßnahmen hofft Verfasser die Zahl der Infektionen bedeutend zu vermindern.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Salbenspritze und Harnröhrenpulverbläser, von Edm. Guentz. (*Centralbl. f. techn. Hülfsmittel der Heilkunde.*) Der Harnröhrenpulverbläser ist mit drehbarer Pulverkapsel versehen und hat konische Ansatzröhren, die, je nachdem die hinteren, vorderen oder mittleren Harnröhrenschnitte bepulvert werden sollen, verschieden lang sind. Außerdem ist auch ein Pulverbläser konstruiert, auf das ein 145 mm langes, konisches, cylindrisches oder geknöpftes, elastisches Ansatzrohr paßt. Das weitere Lumen des letzteren gestattet es, Flores zinci einzublasen, was sonst durch die engen Hartgummikanülen schwierig ist. Das elastische Rohr paßt auch zur Dittelschen Blasenspitze. Die Harnröhrensalbenspritze hat ein 24 mm langes Ansatzrohr und kann in einer Hartgummidose in der Tasche getragen werden. Sie soll benutzt werden zur Injektion von Jodoform in die vorderen Teile der Harnröhre. Man schraubt die Kanüle der Spritze ab, schüttet Jodoform vor den Spritzenstempel, fügt einige Tropfen Wasser zu, bis ein dicker Brei entsteht, den man nach Aufschrauben der Kanüle in die Harnröhre injiciert. Auf die Mündung der letzteren legt man dann etwas Pflanzenpapier, das man vor jedesmaligem Urinieren entfernt, um nach demselben die Injektion zu erneuern.

Bezugsquelle: Carl Wendschuh (Dresden). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein neuer Nadelhalter, zugleich Universalgriff für die Verbandtasche, von Jos. Schütz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 50.) Der von H. Härtel in Breslau nach den Angaben von Schütz gefertigte Nadelhalter erfüllt folgende Bedingungen aufs vollkommenste: er ist leicht zerlegbar, bequem zu reinigen und zu trocknen, läßt sich mit einer Hand schließen und öffnen, hält geschlossen die Nadel vollständig fest. Er ist aus zwei Teilen zusammengesetzt, welche bei Schließung des Instruments in sich selbst einen federnden Druck erzeugen. Dreht man die gerade Branche um 90° um ihre Längsachse und fügt sie in dieser Stellung in den Halter ein, so entsteht ein Griff mit rautenförmigem Einlaß für Wasser, Löffel etc. Das Nähere und die Zeichnungen sind im Original nachzusehen. *Neuhaus-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXI. No. 2. 15. Juli 1895.

Noch einige Worte über das Wesen des einfachen, kontagiösen Geschwüres.

Von

Professor A. Ducrey,

Direktor des Dermosifilopathischen Instituts der Königl. Universität zu Pisa.

Die erste Frage, welche sich Jeder in betreff des Wesens des Ulcus molle vorzulegen hat, scheint mir die folgende zu sein: Können alle jene eiternden Kontinuitätstrennungen, welche man experimentell durch Einimpfung des Eiters verschiedenster Herkunft hervorzubringen suchte (Boeck, Bidenkap, Pick, Morgan, Finger, Auspitz, Wigglesworth, Tanturri, Vidal etc.), wirklich vom klinischen Standpunkte aus identificiert werden mit ebensovielen weichen Geschwüren? Gewifs wird doch niemand leugnen, dafs bei diesen Geschwürsprozessen der progressive nekrobiotische Prozefs fehlt, welcher für die Ulcera mollia so charakteristisch ist. Auch begegnet man bei ihnen nicht jener starken Ansteckungskraft des Sekretes, welcher beim venerischen Geschwür so sehr die Regel ist, dafs man fast stets in der Nachbarschaft eines Muttergeschwüres durch successive Autoinokulationen eine ganze Reihe von Töchtergeschwüren sich bilden sieht. Ebenso fehlt jene so auffallende Neigung zur Zerstörung des Gewebes, welche fast stets beim Ulcus molle den Gebrauch tiefer Ätzungen erfordert, um einen Stillstand herbeizuführen. Wollte man behaupten, dafs man durch die Einimpfung des Sekretes einer Scabies- oder Aknepustel eine vom Ulcus molle nicht zu unterscheidende Geschwürsform erzeugen könne, so würde man zu der sonderbaren Schlufsfolgerung gelangen, dafs eine Scabies- und Aknepustel mit einem venerischen Geschwür identisch sei! Wer sieht aber nicht die absolute Verschiedenheit der beiden Geschwürsarten?

Aber selbst zugegeben, dafs bei der einfachen klinischen Untersuchung so verschiedener Geschwürsformen übereinstimmende Symptome gefunden werden könnten, welche eine Verwechselung derselben miteinander zuliefsen, würde man deshalb schon das Recht haben, sie wirklich zu identificieren, ohne sich erst nach feineren und geeigneteren Methoden

umzusehen, welche vielleicht eine Differenzierung derselben gestatten? Würde es etwa heute erlaubt sein, eine Urethritis blennorrhagica und eine Urethritis simplex miteinander zu konfundieren oder zu identificieren, bloſs weil beide Prozesse klinisch zahlreiche Berührungspunkte besitzen können? Gewiſs hat es eine Zeit gegeben, wo man diese beiden Formen der Urethritis vollständig zusammenwarf, und es erforderte lange und geduldige bakteriologische und experimentelle Untersuchungen, um die Unterschiede zwischen ihnen aufzuklären; und ist es etwa nicht gerechtfertigt, daſs man heute denselben Weg einschlägt, um die Konfundierung des venerischen Geschwürs mit deren gewöhnlicher Herkunft, welche sich bereits festsetzen wollte, zu beseitigen? Die Verfechter der Lehre von der Heterogenität des venerischen Geschwüres sollten zweier kostbarer Worte eingedenk sein, welche gerade einer der Ihrigen, Bumstead, in Bezug auf unsere Frage geschrieben hat: „.... Man hat angenommen, daſs der blennorrhagische Prozeſs abhänge von einem eigenen Virus, nämlich von dem blennorrhoischen; aber man weiſs, daſs er verursacht werden kann durch irgend ein einfaches Reizmittel, speziell durch den urethralen Eiter oder solchen von anderen entzündeten Schleimhäuten ohne kontagiösen Ursprung. Wie die Geschichte der Blennorrhoe verlaufen ist, geradeso, können wir prophezeien, wird die Geschichte des Ulcus molle sich gestalten.“

Es genügt nicht, zu sehen, indem man sich auf ein bakteriologisches Experiment stützt, daſs die Einimpfung einer Kultur von pyophoren Staphylokokken eine eiternde Kontinuitätstrennung der Haut erzeugen kann, welche an das venerische Geschwür erinnert, um sich berechtigt zu glauben, diesen Prozeſs mit einem beliebigen Eiterungsprozesse zusammenzuwerfen. Wenn man einen kleinen dermalen Abscefs einschneidet, der durch gewöhnliche Ursachen erzeugt ist, sei es selbst durch den Staphylococcus pyogenes aureus, so ist es bekannt, daſs gewöhnlich einfache, antiseptische Waschungen genügen, um die kleine Abscefshöhle sich mit guten Granulationen ausfüllen und rasch abheilen zu sehen. Wenn man andererseits nach Öffnung eines solchen Abscesses nur ein wenig Sekret vom weichen Geschwüre in die Wunde bringt, so sieht man sofort einen spezifischen, nekrotisierenden Prozeſs einsetzen, indem die Ränder der Wunde sich ablösen und auszacken, der Grund ein miſsfarbiges Aussehen erhält und eine energische Ätzung durchaus erforderlich wird, um das Geschwür in eine Wunde zurückzuverwandeln. Was ist hier geschehen? Augenscheinlich ist zu den gewöhnlichen, pyophoren Ursachen, welche im Eiter des Abscesses vorhanden waren, ein neues, parasitäres, und zwar ein aktiveres Element hinzugekommen, welches mit besonderen Eigenschaften ausgerüstet ist, und dieses Element scheint mir logischerweise gerade das spezifische des weichen Geschwüres zu sein.

Auf Grund solcher Überlegungen habe ich mich seit mehreren Jahren mit der Aufsuchung eines für das venerische Geschwür spezifischen Elementes beschäftigt. Nachdem ich mich wiederholt überzeugt habe, daſs es uns mit den gewöhnlichen Methoden der Isolierung auf den bekannten Nährböden nicht gelingt, etwas anderes aus dem Sekrete der weichen Geschwüre zu erhalten, als gewöhnliche Mikroorganismen, und zweifelnd, ob überhaupt das spezifische Element auf künstlichem Nährboden gedeihe, nahm ich meine Zuflucht zu der besonderen Methode der Isolierung auf der Haut des Menschen selbst, worüber ich auf dem ersten internationalen dermatologischen Kongresse in Paris genauere Mitteilungen gemacht habe. Mittelst dieser Methode, wenn sie rigorös ausgeführt war, gelang es mir, gereinigte venerische Ulcera in ununterbrochener Reihenfolge zu erhalten, welche ihre ursprüngliche Virulenz beibehielten, aber von den zahlreichen Mikroorganismen befreit waren, die man auf der Oberfläche jedes Geschwüres findet und dagegen konstant und allein einen besonderen Bacillus aufwiesen, den ich, nach der Beobachtung im Sekrete, in seinen hauptsächlichen Eigentümlichkeiten beschrieben habe, sowohl in morphologischer, wie in tinktorieller Beziehung.

Zahlreiche Arbeiten über die Natur des weichen Geschwüres sind seit 1891 bis heute erschienen (Krefting, Unna, Quinquaud und M. Nicolle, Audry, W. Petersen, Ch. Nicolle, O. Petersen, Colombini, Dubreuilh und Lasnet, Cheinisse etc.) von denen fast alle meine Untersuchungen kontrollierten und deren Resultate vollkommen bestätigten. Es ist bemerkenswert, daſs die erste dieser Kontrollarbeiten, die von Krefting, aus der Klinik von Professor Boeck stammt, welcher früher einer der eifrigsten Verfechter der heterogenen Entstehung des weichen Geschwüres war. Unna beschäftigte sich speziell damit, den pathophoren Parasiten im Geschwürsgewebe aufzusuchen, und es gelang ihm dieses in der That mittelst einer besonderen Färbemethode. Aber wegen gewisser Verschiedenheiten in der äuſseren Erscheinung des Bacillus im Geschwürssekret (von 1889) und des später (1892) von ihm aufgefundenen des Geschwürsgrundes blieb er einigermaſsen im Zweifel über die Identität der beiden Bacillen, und überlieſs mir höflicherweise das definitive Urteil darüber.

Ich machte zu diesem Zwecke verschiedene Serien successiver Impfungen vom Sekrete charakteristischer, weicher Geschwüre nach meiner gewöhnlichen Methode, sowohl um mit dem reinen, allein den spezifischen Bacillus enthaltenden Geschwürssekrete wiederum Kulturversuche auf künstlichen Nährböden anzustellen (die bisher andauernd resultatlos geblieben sind), als auch hauptsächlich, um mir durch Excision sämtlicher Geschwüre der Serie vom Muttergeschwüre bis zum letzten Tochtergeschwüre ein reiches Material zu verschaffen zum Studium des Bacillus im

Gewebe. Überdies gewährte mir die Excision aller aufeinanderfolgenden Geschwüre die Möglichkeit eines vergleichenden Studiums der verschiedenen Erscheinungsserien des Bacillus im Sekrete und im Gewebe während der Übertragung von einem Geschwüre auf das andere. Bei diesem Studium habe ich hinlängliche Gelegenheit gehabt, mich von der absoluten Identität der beiden Bacillusformen zu überzeugen. Übrigens hätte man dieses Resultat schon a priori erschliefsen können, da, wenn im Sekrete eines gereinigten, weichen Geschwüres man nur einer Bakterienart begegnet und in dem Gewebe desselben ebenfalls nur einer einzigen, beide Bakterien identisch sein müssen. Beide Organismen haben bacilläre Form, färben sich gut mit Anilinfarben und entfärben sich nach GRAM. Hierzu kommt noch hinzu, dafs die Disposition der Bacillen in Ketten, welche für gewöhnlich sehr deutlich im Gewebe hervortritt, auch im Sekrete nachgewiesen werden kann, zumal wenn das Präparat aus dem Gewebsdetritus angefertigt ist, welches den Grund der experimentellen Vesikopustel bedeckt. Endlich erscheint auch die Abrundung des Bacillenendes, welche deutlicher in den Sekretpräparaten und besonders bei isolierten Exemplaren hervortritt, auch bei den Ketten des Gewebes, wie des Sekretes oft genug an einzelnen Bacillen, welche die Ketten beginnen und schliefsen.

Auch bei den erneuten Kulturversuchen aus den gereinigten Geschwüren auf künstlichen Nährböden, wie sehr ich mich auch bemüht habe, ihre Komposition zu verändern, ist es mir nicht gelungen, die Andeutung einer Entwickelung zu erzielen. Alle Versuche blieben erfolglos. Dennoch geht mein Urteil dahin, dafs der von mir beschriebene Bacillus als der wahre pathophore Keim des venerischen Geschwüres zu betrachten ist, sowohl weil er reichlich und konstant im Sekrete, als auch weil er tief im Gewebe gefunden wird, während er in anderen krankhaften Produkten fehlt. Allerdings ist es wahr, dafs bis heute zur vollständigen Demonstration des Krankheitserregers das positive Resultat der Züchtung auf künstlichen Nährböden mit nachfolgender Impfung noch aussteht, aber ebensowahr ist es, dafs das gereinigte Geschwür, in welchem nur eine einzige Bakterienart vorkommt, angesehen werden kann als eine Reinkultur des spezifischen Bacillus auf lebendem Gewebe.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Die verschiedenen Phasen des Streptobacillus ulceris mollis.

Von

P. G. Unna.

Mit den in diesem Hefte unserer Zeitschrift publicierten Artikeln von Ducrey und mir erhält eine sechsjährige Periode der Forschung über die Ätiologie des weichen Schankers voraussichtlich ihren Abschluſs, eine Periode, welche durch die Sicherstellung des Vorkommens einer bestimmten Bacillenart bei dieser Affektion charakterisiert ist. Soweit die bakteriologische Technik heutzutage die wesentliche ätiologische Bedeutung eines Mikroorganismus ohne Zuhülfenahme der Reinzüchtung auf künstlichem Nährboden und Rückimpfung des so gewonnenen Keimes auf seinen natürlichen Nährboden überhaupt feststellen kann, ist dieses durch die vereinten Bemühungen verschiedener Forscher für das Ulcus molle geschehen. Eine weitere Förderung der Frage ist kaum mehr von einer weiteren quantitativen Häufung fast absolut gleichlautender histologischer Resultate, sondern nur von demjenigen Forscher zu erwarten, dem es gelingt, den Streptobacillus des weichen Schankers zu züchten und auf den Menschen erfolgreich zu überimpfen. Mit diesem Augenblicke wird dann die letzte und wichtigste Periode der ätiologischen Untersuchungen über den weichen Schanker beginnen.

Die beiden Arbeiten, welche mit Hülfe neuer Methoden innerhalb der verflossenen Periode zu diesen Resultaten geführt haben, die Arbeit von Ducrey über Reinzüchtung seines im Eiter gefundenen Bacillus auf dem natürlichen Nährboden der menschlichen Haut in Form successiver Impfpusteln[1] (1889) und der Artikel von mir über den Streptobacillus im Gewebe des weichen Geschwürs (1892)[2] sind von sämtlichen späteren Bearbeitern in allen Hauptpunkten bestätigt worden (Krefting, Quinquaud und M. Nicolle, Rivière, W. Petersen, Mermel, Colombini, Audry, Ch. Nicolle, Dubreuilh und Lasnet).[3] Während aber so mit einer in

[1] Ducrey, Experimentelle Untersuchungen über den Ansteckungsstoff des weichen Schankers und über die Bubonen. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1889. Bd. V. pag. 387.

[2] Unna, Der Streptobacillus des weichen Schankers. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1892. Bd. XIV, pag. 455. — *Histopathologie der Haut.* pag. 435.

[3] Krefting, Über die für Ulcus molle spezifische Mikrobe. *Arch. f. Derm. Erg.*-Bd. 1892. No. 2. pag. 41; Sur le microbe du chancre mou. *Ann. de Derm.* 1893, pag. 166 u. 836. — Quinquaud und M. Nicolle, Sur le microbe du chancre mou. Ebenda 1892. pag. 818. — Rivière, Sur le bacille du chancre mou. *Journ. des*

bakteriologischen Dingen nicht häufigen Einmütigkeit die Angaben von Ducrey über seinen Bacillus des Eiters von weichen Geschwüren auf der einen Seite und die von mir über den Streptobacillus im Gewebe der weichen Geschwüre auf der anderen Seite Bestätigung erhielten, kamen die Differenzen beider Beschreibungen allen Untersuchern immer mehr zum Bewufstsein und erzeugten, besonders bei Ch. Nicolle, Colombini, Audry und Dubreuilh, das Bestreben, dieselben auszugleichen und damit eine völlige Harmonie in der Frage nach dem Wesen des Schankergiftes herbeizuführen. Nachdem ich zuerst auf die bedeutsamen Unterschiede der Ducreyschen Bacillen von meinen Streptobacillen hingewiesen, beschäftigten sich die Autoren in der Folge hauptsächlich gerade damit, diese noch übrig bleibenden und unbequemen Differenzen, wenn ich mich so ausdrücken darf, aus der Welt zu schaffen. Ich selbst hatte ein geringeres Interesse daran, diese Identitätsfrage zu entscheiden; denn ich hatte das Glück gehabt, den Bacillus in seiner Jugendkraft bei seinem Angriff auf das Hautgewebe zu überraschen, und fand ihn dort allein bei der Arbeit ohne die Gesellschaft fraglicher bakterieller Mitarbeiter. Die Befunde waren mithin von vornherein überzeugend und haben als solche auch nie Widerspruch, sondern nur Zustimmung erlebt, sowohl bei den Forschern, welche die Identität beider Bacillenformen behaupteten (Nicolle, Colombini, Audry, Dubreuilh), wie bei W. Petersen, welcher die Identität sehr in Frage stellte. Ducrey dagegen fand auf einem viel mühseligeren Wege, dessen Hindernisse er nur durch die geniale Methode der „Reinzüchtung auf natürlichem Boden“ überwand, einen Bacillus im Eiter, umgeben von Leukocyten und zum gröfsten Teil von diesen aufgenommen, mithin jedenfalls in geschwächtem älteren Zustande und vergesellschaftet mit einer Menge von Saprophyten. Dafs trotzdem seine Befunde, wenn auch erst spät und gänzlich rückhaltlos erst nach Entdeckung meines Streptobacillus im Gewebe, so doch jetzt allseitige Bestätigung fanden und nicht das Schicksal der Bakterien von Ferrari und Lucca teilten, verdankt er eben dem neuen Wege, den er einschlug; auf diesem Wege beseitigte er die störenden Saprophyten allerdings, aber nicht die Leukocyten. Er hatte es auch bei seinem gereinigten Eiter immer nur mit einem Exkret, einem zerfallenen nekrobiotischen, verflüssigten Gewebe zu thun, und es unterlag von vornherein keinem

---

connais. méd. 4. Mai 1893. — W. Petersen, Über Bacillenbefunde bei Ulcus molle. *Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenkde.* 8. Juni 1893. — Mermel, Le microbe du chancre mou. *Arch. gén. de méd.* August 1893. — Colombini, Sul microbe dell' ulcera veneree. *Comm. clin. delle mal. cut. e gen.* 1893; Sul rapporto dell' ulcus molle etc. Ebenda 1894; *Nuove ricerche sperimentale sullo Streptobacillo dell' ulcera venerea.* Siena 1894. — Audry, Bactériologie clinique du chancre simple. *Gaz. hebdom.* 1893. — Ch. Nicolle, Recherches sur le chancre mou. *Thèse de Paris.* 1893. — Dubreuilh und Lasnet, Étude bactériologique sur le chancre et le bubon chancreux. *Arch. clin. de Bordeaux.* 1893.

Zweifel, dafs, wenn der hier konstant gefundene Bacillus ein anderes Aussehen darbot, als der konstant im Gewebe gefundene, nach Entdeckung des letzteren ein jeder Autor, welcher trotzdem den Ducreyschen Bacillus in der von ihm gegebenen Beschreibung als den echten Bacillus des weichen Schankers angesehen wissen wollte, die Pflicht hatte, seine Identität mit meinem Streptobacillus darzuthun, während ich keineswegs in die Notwendigkeit mich versetzt sah, zu beweisen, dafs mein Streptobacillus des Gewebes mit dem Ducreyschen Bacillus des Eiters identisch sei.

Dieses haben denn auch die meisten Autoren, welche die Ducreysche Arbeit kontrollierten, zu thun sich bemüht und damit sogar Ducrey selbst vorgegriffen, welcher erst jetzt mit voller Bestimmtheit erklärt hat, dafs er von der Identität seines Bacillus mit dem meinen überzeugt sei. Auf dieses Urteil meines Vorgängers habe ich die letzten Jahre gewartet, ehe ich das meine abgab. Indem ich es nun in diesem Artikel abgebe, habe ich die Freude, es bestätigen zu können. Ich habe mich im Laufe der letzten Jahre mehr und mehr von der Identität überzeugt und werde meine Gründe dafür alsbald mitteilen, war aber gar nicht überzeugt, dafs Ducrey notwendig zu derselben Ansicht kommen müsse. Die Geschichte der Bakteriologie ist wahrhaftig nicht arm an wichtigen und den echten Bakterien ähnlichen Organismen, die schliefslich doch nicht die echten waren. Man denke nur an die jedes Jahr gröfser werdende Rolle, die das Bacterium coli commune in der Pathologie spielt, während es seine anfänglichen Ansprüche bezüglich der Cholera bald aufgeben mufste; man denke an die vielen heutzutage schon bekannten und gewifs nicht bedeutungslosen, den Choleraspirillen ähnlichen Organismen. Ich sah also auch der Möglichkeit entgegen, dafs Ducrey nach eigenem Studium meines so sehr verschiedenen Streptobacillus seinen Eiterbacillus als verschieden und weniger beweisend fallen lassen könnte — und da für Ducrey die Identitätsfrage viel wichtiger war, als für mich, hütete ich mich wohl, seinem Urteile vorzugreifen. Ich überliefs also die ganze Frage der Identität zunächst seiner Entscheidung und bin noch jetzt froh, dafs ich diese Zurückhaltung bewahrt habe. Da aber durch ein sonderbares Mifsverständnis meine Zurückhaltung in Frankreich und Italien falsch ausgelegt worden ist, mufs ich, ehe ich auf die Identitätsfrage eingehe, diesen Punkt historisch richtig stellen.

Ich vermute, dafs es auf ein mangelndes Sprachverständnis zu schieben ist, wenn Ch. Nicolle in seiner These wiederholt davon spricht, ich hätte die Identität des Ducreyschen Bacillus mit meinem Streptobacillus geleugnet; das ist mir nie eingefallen. Ich bin ja im Gegenteil ausdrücklich dieser schwierigen und nur durch eigens daraufhin gerichtete und mir seiner Zeit (1892) fernliegende Untersuchungen zu entscheidenden Frage aus dem Wege gegangen. Ich würde auf diese ver-

kehrte Auffassung des Sachverhaltes bei einem einzelnen Autor gar nicht rekurrieren, wenn nicht ein italienischer Autor, COLOMBINI, diese Aussprüche von NICOLLE wiederum als bare Münze weiter citiert und darauf sein Urteil über meine Arbeit basiert; der Irrtum bezüglich meiner Auffassung droht mithin, sich historisch festzusetzen, und zwingt mich, ihn aufzudecken. Hier die Beweise:

In dem von mir durchgesehenen Referate von NEEBE über die Sitzung des Hamburger ärztlichen Vereins vom 3. Mai 1892, in welcher ich zum ersten Male den Bacillus des weichen Schankers im Gewebe demonstrierte (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892. Bd. XIV. pag. 413) heifst es: „Möglicherweise sind sie (die Bacillen) mit den von DUCREY im Schankereiter gefundenen Bacillen identisch."

In der Arbeit über den Streptobacillus, welche in derselben Zeitschrift etwas später (ebenda, pag. 485) erschien, sage ich in Bezug auf diese Frage (pag. 489):

„Ist der hier beschriebene Kettenbacillus derselbe, wie der von DUCREY beschriebene? Diese Frage habe ich mir natürlich vorgelegt, möchte sie aber lieber DUCREY zur Entscheidung überlassen. Derselbe giebt die Länge und Breite seines Bacillus zu 1,48—0,5 μ an, Gröfsenverhältnisse, die die von mir für den Einzelbacillus gefundenen etwas übertreffen. Auf diese Differenz möchte ich jedoch nicht allzuviel Wert legen, da meine Methylenblaufärbemethode die Bacillen jedenfalls extrem fein wiedergiebt und DUCREY vermutlich seine Bacillen an fuchsin- oder gentianviolettgefärbten Präparaten mafs. Die mangelnde Jodfestigkeit giebt dieser Autor auch von seinen Bacillen als charakteristisch an. Weniger gut stimmt es dagegen, dafs dieselben abgerundete Ecken besitzen sollen, dafs sie im Innern von Leukocyten vorkommen, und dafs nirgends das charakteristische Vorkommen in Kettenform erwähnt wird. Doch könnten diese Differenzen immerhin durch den verschiedenen Fundort — dort Eiter, bei mir Gewebe — bedingt sein. Allerdings mufs ich aber darauf aufmerksam machen, dafs manche dieser Züge, die Einschnürung, die Abrundung der Ecken und die gröfsere Breite auf den von mir gelegentlich gefundenen Doppelbacillus, welchem ich keine Bedeutung zumesse, besser passen würden. Ich mufs die Entscheidung dieser Frage mithin einstweilen offen lassen."

Nun, ich glaube, mit gröfserer Objektivität konnte ich damals diese schwierige Frage nicht behandeln. Wer aus diesen Worten herauslesen kann, dafs ich die Identität einfach geleugnet[4] habe, mufs des Deutschen

[4] Ich kann übrigens zu meiner Genugthuung mitteilen, dafs DUCREY, den ich 1894 in Neapel sprach, mich persönlich versicherte, dafs er selbst den Sachverhalt stets richtig aufgefafst habe.

nicht genügend mächtig sein. NICOLLE hat aber auch übersehen, dafs es in der Demonstration, welche Dr. PUSEY von meinen Präparaten in der Sitzung der französischen dermatologischen Gesellschaft am 9. Juni 1892 gab, heifst: „Peut-être est-ce le même organisme que le bacille trouvé par DUCREY dans le liquide chancreux" und in der Note, die ich meinen Präparaten mitgegeben hatte: „Peut-être est-il identique avec celui de DUCREY du liquide chancreux". (*Ann. de Derm.* 1892. pag. 721.)

NICOLLE sagt nämlich in seiner These pag. 17: „Nous pensons donc que, contrairement à l'avis de UNNA, le bacille décrit par DUCREY est bien le bacille du chancre mou et qu'il doit porter son nom". Und weiter pag. 28: „UNNA même s'est basé sur leur (chapelets) absence pour nier l'identité du bacille de DUCREY et de son streptobacille." Ganz denselben Satz von NICOLLE citiert nun COLOMBINI wieder in seiner letzten gröfseren Arbeit (*Nuove ricerche etc.* pag. 18), wie um den Irrtum festzunageln. Sodann variiert COLOMBINI (pag. 49) dasselbe Thema selbständig weiter: „Esso non solo lo ritenne senz' altro l'agente patogeno dell' ulcera venerea, ma quasi recisamente escluse qualsiasi rapporto di comunanza con il bacillo, che il DUCREY tre anni innanzi avea descritto."

Ich weifs nicht, ob den hochgeschätzten Herren Kollegen die mir diesergestalt fälschlich aufgebürdete Gegnerschaft erfreulich oder unerfreulich war; ich mufs bekennen, dafs es mich freut, sie beide, auch ohne dafs sie sich dessen bewufst sind, als Bundesgenossen in dieser Frage begrüfsen zu dürfen, und hoffe, dafs auch sie jetzt mit Vergnügen ihren Irrtum einsehen und in Zukunft nicht mehr zur Verbreitung desselben beitragen werden.

Übrigens verfolgt NICOLLE in der Geschichte der Frage, soweit sie mich betrifft, ein entschiedenes Mifsgeschick. Pag. 45 sagt er: „Un second travail d'UNNA, publié peu de temps après confirme purement et simplement ce que cet auteur avait affirmé dans sa première note. Pourtant UNNA y parait un peu moins convaincu de la non-identité de son bacille et de celui de DUCREY". Niemand kann überraschter gewesen sein, als ich, über diese Mitteilung. Sollte ich wirklich in unglaublicher Gedankenlosigkeit die Ärztewelt zweimal mit nahezu derselben Abhandlung gelangweilt haben? Ich war mir doch bisher bewufst, im Gegensatz zu dem inhaltreichen, über 100 Seiten zählenden Arbeit von CH. NICOLLE und den drei grofsen Arbeiten von COLOMBINI über diesen Gegenstand nur einen einzigen, kleinen Artikel von 5½ Seiten zu der Frage beigesteuert zu haben. Und nun konstatiert NICOLLE sogar eine Sinnesänderung von mir in dieser zweiten Arbeit, die mir bisher noch gar nicht zu Gesicht gekommen ist. Sagt er doch auf pag. 78 mit einiger Genugthuung von dem vermeintlichen Gegner UNNA: „D'ailleurs, UNNA, qui niait d'abord la specificité du bacille de DUCREY, est aujour'dhui beaucoup moins affirmatif."

Offenbar ist diese ganze von CH. NICOLLE aufgebrachte Legende eines zweiten Artikels von mir mit Annäherung an seine eigene Meinung eine pure Mystifikation, an der vielleicht verspätete Referate meines ersten und bisher einzigen Artikels über diesen Gegenstand schuld sind. Denn im Litteraturverzeichnis giebt NICOLLE gar nicht den Ort und die Zeitschrift an, in welcher er denselben gefunden, sondern citiert ihn so: „UNNA. *Deuxième note sur le chancre mou* (resumée dans tous les journeaux de médecine français du mois de mai. 1893.)

Allerdings hatte ich um die Zeit, da NICOLLE seine These schrieb, schon längst eine zweite Abhandlung über die Bakteriologie und Histologie des weichen Schankers anfertigen müssen. Aber von dieser konnte er so wenig Notiz nehmen, wie die anderen Autoren, da sie — als ein Kapitel meiner Histopathologie, — zwei Jahre ihrer Auferstehung in meinem Pulte entgegenschlummerte. Wenn es aber NICOLLE interessieren sollte, zu erfahren, wie ich mich in dieser, einige Monate nach meinem ersten Artikel verfafsten Arbeit über die Identitätsfrage geäufsert habe, so ist es mit folgenden Worten:

„Als Ursache des Ulcus molle hat bereits DUCREY eine Bacillenart wahrscheinlich gemacht, deren sicherer Nachweis im Geschwüre mir gelungen ist.“ [5]

KREFTING, welcher nach DUCREY am meisten Verdienste um den Nachweis des Eiterbacillus besitzt und unmittelbar nach Erscheinen meiner Arbeit schrieb, hat auch, indem er sofort die ungemeine Unterstützung einsah, welche DUCREYS bis dahin skeptisch aufgenommene Angaben durch Entdeckung meines Streptobacillus erfuhren, die Identität beider Bacillen angenommen, ohne mir eine Gegnerschaft gegen die Identität aufzubürden. Er schreibt:

„La demonstration faite par UNNA de la présence des bacilles dans le tissu a contribué pour beaucoup à renforcer les recherches de DUCREY et les miennes sur le microbe pathogène du chancre mou, car l'identité de ces microbes doit être considerée comme indubitable.“ (pag. 170.)

Auch AUDRY und DUBREUILH und LASNET, welche nach NICOLLE schrieben, haben mich völlig richtig verstanden.[6]

Ich gehe nach dieser historischen Richtigstellung auf die einzelnen Differenzpunkte zwischen beiden Bacillen näher ein.

1. Gröfse der beiden Bacillenformen.

DUCREY fand an seinen in der Hitze getrockneten Präparaten vom Eiter die Länge des Bacillus 1,48 μ, die Breite 0,50 μ; wie die Bacillen

---

[5] UNNA, *Histopathologie der Haut.* pag. 435.
[6] UNNA ... laisse ouverte la question de l'identité. (pag. 2.)

gefärbt waren (ob mit Methylenblau, Fuchsin oder Gentianaviolett), ist nicht angegeben.

Ich mafs die Länge 1¼—2 μ und die Breite 0,3 μ an den mit polychromem Methylenblau gefärbten Schnitten des allein in Alkohol gehärteten Gewebes.

Krefting geht in jeder Richtung über Ducrey noch hinaus und vindiciert dem Eiterbacillus folgende Mafse: Länge 1,5—2 μ, Breite 0,5—1 μ, d. h. eine sehr bedeutende Breite.

W. Petersen findet an den nach meiner Methode gefärbten Gewebsbacillen die Länge genau, wie ich, 0,3—2 μ, die Breite etwas variierend 0,3—0,5 μ, wodurch eine Annäherung an Ducreys Eiterbacillus gegeben ist.

Ch. Nicolle bestimmt die Gröfse des Eiterbacillus ganz genau so, wie Petersen die des Gewebsbacillus, nämlich zu 1,3—2 μ Länge und 0,3—0,5 μ Breite, ohne Details der Färbung anzugeben. Ob er die Dimensionen des Gewebsbacillus gemessen, giebt er nicht an.

Nach Dubreuilh und Lasnet mifst die Länge des Eiterbacillus und Gewebsbacillus, als eine Einheit betrachtet: 1,5—2 μ, die Breite 0,4—0,5 μ (= ¼ der Länge). Die Segmente längerer Ketten sind 1—1½ μ lang.

Colombini kombiniert die Angaben von Ducrey und mir (pag. 56), ebenso wie Nicolle: Länge 1,3—2 μ, Breite 0,3—0,5 μ.

Was die Länge betrifft, so stimmen die Angaben ja ziemlich gut überein; von einem mittleren Mafse (1,48 μ), welches Ducrey angab, sind alle Autoren auf die von mir gegebene Grenzbestimmung: 1¼—2 μ übergegangen. Da, was Ducrey ja noch nicht mit Sicherheit wissen konnte, aber was notwendig aus der Kettenform hervorgeht, der Streptobacillus des Gewebes sich durch Querteilung vermehrt, so hat eine einheitliche Längenbestimmung auch wenig Wert. Ich fand, dafs an den Bacillen von über 2 μ Länge schon eine feine quere Lücke als Andeutung der Teilung auftrat, und dafs die kleinsten, scharf geteilten, in sich homogenen Einzelsegmente etwa 1¼ μ mafsen. Daher bestimmte ich die Länge des einzelnen Kettenbacillus zu 1¼—2 μ. Die allgemeine Annahme dieses Längenmafses auch für Ducreys Eiterbacillus ist ja für die Identitätslehre erfreulich, aber ich mufs gestehen, dafs ich den Ducreyschen Eiterbacillus mit endständiger Färbung niemals länger als 1½ μ gefunden habe, wie Ducrey es seiner Zeit richtig angegeben hat. Der Eiterbacillus ist eben gedrungener, der Gewebebacillus gestreckter.

Wichtiger ist die Breitenbestimmung, und hier finden sich entschiedene Differenzen, die nicht durch einfache Kombination der verschiedenen Mafse als Grenzwerte aus der Welt zu schaffen sind. Die Angabe von Krefting für den Eiterbacillus (0,5—1,0 μ) halte ich unter allen Umständen für suspekt, da einerseits ein Wachstum in die Breite bei diesem

Bacillus nicht konstatiert ist, andererseits im Eiter andere und dickere Bacillen vorkommen. Ich habe den Gewebsbacillus wiederholt gemessen und bin immer wieder auf die Bestimmung der Breite zu 0,25—0,3—0,4 (!) zurückgekommen. Ich stimme den übrigen Autoren bei, dafs in der Tiefe des Geschwürbodens sich die feineren, nahe der Oberfläche die dickeren Formen befinden, wohl verstanden, am selben, mit polychromem Methylenblau nach meiner Methode gefärbten Schnitte, aber Ausnahmen von dieser Regel kommen für beide Regionen vor. Mir scheint, dafs die Bacillen um so feiner werden, je länger die Ketten sind und je gestreckter sie verlaufen, d. h. wohl, je rascher sie, sich teilend, in die Länge wachsen.

Ziehe ich aus diesen Beobachtungen und denen der anderen Autoren, soweit ich sie bestätigen kann, das Facit, so sehe ich in den verschiedenen Gröfsenverhältnissen des Gewebsbacillus und Eiterbacillus, ebensowenig wie zur Zeit meiner ersten Arbeit, einen Grund, dieselben für verschieden zu halten. Das rasche Wachstum (in die Länge mit Querteilung) wird eben im Eiter suspendiert; daher die gedrungenere Form des Ducreyschen Bacillus.

Andererseits kann ich aber auch nicht den Satz von Ch. Nicolle zugeben: „Ajoutons que pour notre part, employant des méthodes identiques pour l'étude dans les coupes et dans le pus, nous n'avons point trouvé les différences (des dimensions), qu'ils ont signalées", was um so befremdender klingt, da derselbe Autor drei Seiten vorher (pag. 73) selbst sagt: „Leur longueur et leur largeur paraissent aussi moindres que celles de ceux de la surface et surtout du pus."

Thatsächlich bestätigen diejenigen Autoren, welche sich Mühe geben, die von mir angegebenen Differenzen aus der Welt zu schaffen (Ch. Nicolle, Colombini, Dubreuilh und Lasnet), die Existenz dieser Differenzen und stimmen in dieser Hinsicht vollkommen mit mir überein. Die Differenzen sind aber nicht zu verwischen, sondern zu betonen, sie bilden ein wertvolles Symptom in der Entwickelung des Streptobacillus.

2. Struktur der beiden Bacillenformen.

Ducreys Eiterbacillus hat bekanntlich schön abgerundete Ecken, von meinem Gewebsbacillus habe ich die scharfen Ecken hervorgehoben. Alle nachfolgenden Autoren haben diese Differenz bestätigt, soweit es sich einerseits um den Eiter, andererseits um die tiefliegenden Ketten handelt. Selbst Ch. Nicolle gesteht zu: „Il est vrai qu'à une profondeur plus grande ces deux caractères cessent, les extrémités tendent à devenir cariées (surtout dans les chapelets)", wobei nur wieder das sonderbare Bestreben des Autors Ausdruck findet,[7] die Struktur meiner Kettenbacillen des Ge-

[7] Ebenso pag. 76: „Si l'on examine les couches superficielles, puis la profondeur de l'ulcération chancreuse, on voit les extrémités, de rondes qu'elles étaient, s'aplatir insensiblement et tendre à devenir cariées."

webes durch Modifikation einzelner Symptome aus den Ducreyschen Eiterbacillen abzuleiten, während doch die Natur entgegengesetzt verfährt und die Eiterbacillen aus den Kettenbacillen entstehen läfst. Auch Colombini, Audry, Dubreuilh und Lasnet, wie schon früher Krefting und W. Petersen, stimmen mir in der Eckigkeit der Kettenbacillen durchaus bei. Ch. Nicolle, Colombini und Dubreuilh finden nun einen Übergang von einer Form zur anderen durch die von ihnen gemachte Beobachtung, dafs die Ketten im Gewebe häufig ein letztes Glied mit abgerundeten Enden zeigen, während die Mittelglieder eckige Konturen aufweisen. Ich mufs sagen, dafs ich von diesem Symptom an den Ketten des Gewebes so wenig, wie W. Petersen, jemals etwas entdecken konnte, während ich es an den kurzen Ketten der Oberfläche, die in Auflösung begriffen sind, hier und da gesehen habe. Ich gebe daher wohl zu, dafs die Eckigkeit des Streptobacillus verloren geht, sowie er sich in den Ducreyschen Bacillus umwandelt, und dafs diese Umwandlung, wie jene Autoren es angeben, zuweilen schon in der oberflächlichsten Schicht des Geschwüres (nämlich bei der Auflösung der Ketten) vorkommt, aber ich bestreite wiederum durchaus, dafs es sich dabei, wie Colombini ausdrücklich sagt, um eine Verunstaltung des Kettenbacillus handelt, welche — gegenüber dem Eiterbacillus — dadurch hervorgerufen wäre, dafs die Fixationsmittel nicht genügend in die Tiefe des Gewebes einwirken könnten. Colombini sagt nämlich (pag. 53): „Vediamo invece che questa (Rundung der Ecken) vengono a perdere i bacilli, manomano che dalla superficie dell' ulcera passiamo ad esaminare di questa gli strati più profondi, ove forse i bacilli componenti le catene sono più strettamente serrati, per quanto meno numerosi che alla superficie, o dove il processo di fissazione non ha potuto compiersi altrettanto completamente e sollecitamente.“[8] Angenommen, es wäre richtig, dafs der absolute Alkohol oder die Sublimatessiglösung die hier in Betracht kommenden kleinen Gewebsstückchen nicht genügend rasch und stark durchdrungen hätten, wie soll man sich erklären, dafs die an der Oberfläche und im Eiter abgerundeten Bacillen durch mangelhafte Fixierung „eckig geworden“ sind? Eine mangelhafte Fixierung heifst doch eine zu lange Maceration im Gewebssaft und kann wohl zur Quellung und Abrundung eines Gewebsteiles, zur Extraktion bestimmter Substanzen führen, aber doch nimmermehr dazu, dafs eine ursprünglich runde Form regelmäfsig eckig wird. Zudem weise ich wiederum auf die eigentümliche Grundanschauung von Colombini hin, die mit der von Ch. Nicolle übereinstimmt, dafs sich die Eigenschaften meines Gewebsbacillus aus den davon verschiedenen des Eiterbacillus ableiten müssen, während es doch gerade umgekehrt sich

[8] Ebenso pag. 56.

verhält. Ch. Nicolle führt die Strukturdifferenz auch auf künstliche Verunstaltung zurück: „Il y a là probablement une simple différence due à la longueur du temps de la fixation“ (pag. 77). Diese kurze und sonst ganz unverständliche Bemerkung erhält ihre Erklärung durch eine frühere (pag. 27): On conçoit facilement, qu'un bacille, qui, sur lamelle, prend mal la coloration, la prenne mieux dans des coupes. C'est d'ailleurs là non seulement le cas du bacille du chancre mou, mais de toutes les bactéries. Quelleque soit la longueur du temps pendant lequel on fait agir le liquide fixateur sur les lamelles (et cela ne dépasse point quelques minutes en général) ce temps n'est rien à côté de celui pendant lequel il reste en contact avec une pièce. L'agent fixateur, à la longue, joue le rôle de mordant. Ce fait est bien connu.“

Ch. Nicolle nimmt also an, dafs vermöge längerer Fixation (sc. Beize) die Gewebsbacillen sich besser färben, und dafs eine der daraus entspringenden Folgen die Eckigkeit der Gewebsbacillen ist. Sonach müfsten nach ihm gerade die runden Enden des Ducreyschen Bacillus durch „unvollständige Fixation“ künstlich erzeugt sein.

Diese unter sich so widerspruchsvollen Hypothesen einer künstlichen Veränderung sind ganz unnötig. Die natürliche Differenz beider Bacillenformen besteht auch hier zu Recht. Ich sehe, wie alle genannten Autoren, trotzdem doch einen deutlichen Übergang von den scharfeckigen Kettenbacillen zu den abgerundeten Eiterbacillen, freilich nicht so allmählich, wie Colombini, und auch nicht irgendwie regelmäfsig an den Kettenenden, wohl aber an einzelnen Ketten der Geschwürsoberfläche, wo überhaupt der Übergang der Streptobacillen in Ducreys Bacillen leicht zu studieren ist. Diese Abrundung des Kettenbacillus ist stets begleitet von einer Veränderung der tingiblen Masse des Bacillus und erklärt sich auch auf das einfachste durch diese. Sie wird uns mit ihr daher gleich wieder im folgenden Paragraphen begegnen.

3. Die Tingibilität beider Bacillenformen.

Ich stimme mit allen übrigen Autoren darin überein, dafs ich in dem Mangel an Jodfestigkeit und der Vorliebe für gewisse Lösungen des Methylenblaus bei beiden Bacillen zwei bedeutsame Gründe sehe, die für die Identität in die Wagschale fallen. Absolut beweisend sind dieselben natürlich auch nicht, denn es kann sehr wohl im Sekret und Gewebe noch weitere Bacillen geben, die weder jodfest sind, noch Methylenblau mit Vorliebe aufnehmen und uns deshalb heute noch vollkommen entgehen. Was die Verwandtschaft zum Methylenblau betrifft, so mufs übrigens die genauere Bestimmung gemacht werden, dafs der Streptobacillus des Gewebes wenigstens weniger Verwandtschaft zum Methylenblau, als zu dem in dessen verschiedenen Lösungen enthaltenen

Methylenviolett besitzt. Die rein blauen Färbungen desselben fallen stets schwächer aus, als die violetten, und dieser Umstand führte ja auch zur Entdeckung, denn ich fand den Streptobacillus in Schnitten, welche mit der polychromen Lösung von Methylenblau gefärbt und mit Glycerinäthermischung entfärbt waren, in denen also das Methylenviolett gut erhalten war auf Kosten des grofsenteils dem Gewebe entzogenen Methylenblaus. Ebenso zog auch W. Petersen die polychrome Methylenblaulösung den übrigen Lösungen des Methylenblaus vor. Wenn Krepting, Colombini, Dubreuilh u. a. gern mit einer Xylol-Anilinlösung entfärben, so hat dieses denselben Grund; auch dabei tritt das Methylenviolett stark hervor. Ähnlich steht es mit der Empfehlung des Toluidinblaus und des Thionins durch Ch. Nicolle anstatt des (reinen) Methylenblaus; ich ziehe nach vergleichenden Versuchen aber die bei Grübler vorrätige, polychrome Methylenblaulösung den genannten Farbstoffen vor. Will man mit Methylenblau allein eine starke Färbung bewirken, so ist man auf die Tanninbeize nach Nicolle (10%), oder nach meiner Methode (33%) angewiesen. Dieselbe bewirkt aber gleichzeitig eine so starke Kernfärbung, dafs ich beim Aufsuchen von nicht reichlichen Ketten im Gewebe meine alte Methode (Färbung mit polychromer Methylenblaulösung und Entfärbung in Glycerinäthermischung,[9] oder einfach in einer Mischung von gleichen Gewichtsteilen Alkohol und Xylol nach Abtrocknung des Schnittes) vorziehe.

Was nun die tinktoriellen Differenzen beider Bacillenformen betrifft, so sind diese ebenso interessant wie wichtig und werden glücklicherweise von allen Autoren bestätigt.

Der Ducreysche Bacillus ist ein exquisiter Doppelpunktbacillus. Man trifft innerhalb der Eiterkörperchen und auf denselben nur wenige homogen gefärbte Bacillen an; die meisten zeigen eine mittlere farblose Stelle und an dieser eine leichte seitliche Einschnürung (Ducrey), so dafs der ganze Bacillus Biskuit- oder 8-Form besitzt. Ebenso wird der Bacillus von Krepting beschrieben, während Ch. Nicolle an der Stelle der Farblücke keine Einschnürung bemerkt.

Der Streptobacillus des Gewebes ist stets homogen gefärbt; eine ganz feine, linienartige Farblücke tritt auf, sowie der Bacillus eine gröfsere Länge erreicht, und bereitet die Querteilung vor; eine Einschnürung ist nie an dieser Stelle vorhanden.

Wie recht ich hatte, diese Differenz in meiner Arbeit zu betonen, geht schon aus dem Umstande hervor, dafs Ch. Nicolle selbst und nach

---

[9] Ich mufs bei dieser Gelegenheit betonen, dafs ich bei Krepting die Glycerinäthermischung als eine „Mischung von Glycerin und Äther" citiert finde, während sie eine durch Zusatz von Glycerin und Alkohol verdünnte Lösung des Glycerinäthers darstellt.

ihm COLOMBINI ein Bacterium cutis commune als häufigsten Saprophyt des Ulcus molle beschreibt, welcher aufser durch seine Jodfestigkeit hauptsächlich dadurch vom DUCREYschen Bacillus sich unterscheidet, dafs er sich „entièrement, fortement, uniformément dans toute son étendue" färbt. Dieses Bacterium cutis commune wäre also, wenn es nicht glücklicherweise Jodfestigkeit besäfse, im Eiter schon gar nicht leicht vom DUCREYschen Bacillus zu unterscheiden, wenn dieser etwas überfärbt ist. CH. NICOLLE giebt nämlich unten an, und COLOMBINI stimmt ihm darin bei, dafs es durch eine stärkere Beize gelingt, den DUCREYschen Bacillus des Eiters auch in toto zu färben, und leitet hieraus einen Grund für die Identität mit meinem Streptobacillus ab.

Ich sehe nun gerade hierin keinen Grund für die Identität, denn ein Bacillus, welchem man durch eine starke Beize eine uniforme Färbung aufgezwungen hat, so dafs er von einem schon ohne Beize uniform gefärbten nicht mehr zu unterscheiden ist, bleibt deshalb doch innerlich von ihm verschieden und tritt ihm dadurch allein nicht näher. Aber sachlich sehe ich auch, wie KREFTING, CH. NICOLLE, COLOMBINI, AUDRY und DUBREUILH, alle wünschenswerten Übergänge von dem einfachen Stäbchen des Kettenbacillus zum Doppelpunktstäbchen des Eiters. Wie NICOLLE und COLOMBINI finde ich einerseits im Eiter, und zwar hier zwischen und auf den Leukocyten, häufig einfache Stäbchen, die ich vom Kettenbacillus nicht unterscheiden kann, und andererseits zuweilen in der obersten Schicht des Geschwürsbodens bereits in Haufen angeordnete, in Leukocyten liegende Doppelpunktstäbchen, umringt von Streptobacillen; das letztere besonders bei älteren, vernachlässigten Geschwüren mit profuser Eiterung. Aber darin besteht wieder eine gewisse Differenz, dafs ich die Doppelpunktstäbchen DUCREYS nur dort sehe, wo die Bacillen in ungeordneten Haufen in Leukocyten oder frei zwischen denselben liegen, dagegen nicht, wie NICOLLE und COLOMBINI angeben: in Ketten angeordnet. Allerdings bemerke ich im Eiter, und besonders in älteren Geschwüren auflagernden Krusten kurze, drei-, vier- und mehrzeilige Ketten, aber dann besitzen dieselben eckige Enden, wie sonst im Gewebe; die gleiche Bemerkung haben W. PETERSEN und DUBREUILH und LASNET gemacht. Ketten, aus Doppelpunktstäbchen bestehend, habe ich noch nicht gefunden. Ob die Umwandlung der Kettenbacillen in Doppelpunktstäbchen erst im Eiter, oder schon in der obersten Schicht des Geschwürsbodens stattfindet, sie koincidiert nach meiner Erfahrung stets mit dem Zerfall der Ketten. Eine „transition insensible" (NICOLLE) zwischen beiden Bacillenformen in Bezug auf die Färbung möchte ich nicht zugeben.

Also auch hier herrscht in der Hauptsache, nämlich der Identitätsfrage, volle Übereinstimmung. Die Differenz der Ansichten besteht

wiederum nur in der Auffassung, wie die Verschiedenheit der Formen in der Tiefe des Gewebes und im Eiter zu deuten ist. Ch. Nicolle plaidiert wieder für eine Wirkung der Fixation: „C'est encore là sans doute une question de temps de fixation (pag. 77), d. h. nach seiner oben angeführten Erklärung: die Eiterbacillen sind ungenügend fixiert, daher die Doppelpunktform. Colombini scheint umgekehrt die letztere Färbungsart quasi als die normale anzusehen, denn er drückt sich folgendermafsen aus: „Passando da questi strati superficiali agli strati più profondi si vede perdere adagio adagio ai bacilli stessi questa loro particolarità, ed assumere il colore intieramente ed uniformemente secondo quanto l'Unna aveo osservato e descritto." Wir haben oben gesehen, dafs Colombini die Fixierung in der Tiefe des Gewebes nicht für vollständig hält, und wohl hiermit im Zusammenhange sollen die Bacillen eine ihnen inhärente Eigenschaft in der Tiefe des Gewebes „verlieren".

Ich kann mit beiden divergenten Ansichten dieser Autoren über das Wie der Veränderung nicht harmonieren, obwohl wir über die Identitätsfrage einig sind. Für mich ist die Umwandlung des homogenen Streptobacillus in das Doppelpunktstäbchen des Eiters eine auch sonst bei Bacillen nicht ungewöhnliche Veränderung, die dem veränderten, und zwar ungünstig veränderten, äufseren Medium zuzuschreiben ist.[10] Das tingible Protoplasma des Bacillus kontrahiert sich, und da es normalerweise auf Querteilung angewiesen ist, kontrahiert es sich nach beiden Enden des Stäbchens. Daher erscheint die Mitte farblos, daher schwellen die Enden des Stäbchens etwas an, daher runden sich die Enden kugelig ab. Dafs hiermit noch kein Absterben, keine Degeneration des Stäbchens gegeben ist, lehrt die Infektiosität des nur die Doppelpunktstäbchen enthaltenden Eiters. Es handelt sich um eine den äufseren, ungünstigen Umständen angepafste, und die Reproduktion zur Zeit allerdings ausschliefsende, aber die Infektiosität und das Leben des Bacillus erhaltende Wuchsform. Während die Form des homogenen Bacillus chemotaktisch unwirksam ist, zieht diese Form Leukocyten an und kann durch diese verschleppt werden, um event. auf einem neuen Nährboden zu neuem Kettenwachstum zu gelangen. Weit entfernt also, in der strukturellen Differenz der Bacillen eine Schwierigkeit für das Verständnis ihrer Biologie zu sehen, betrachte ich die morphologische Verwandlung derselben als ein notwendiges Korrelat zu der klinischen Beobachtung, welche eine nie von selbst ins ungemessene fortschreitende, aber doch unter günstigen Umständen starke Infektiosität des Ulcus molle ergiebt. Würden die Kettenbacillen sich im Eiter ebenso verhalten, wie innerhalb der Haut, so wäre

[10] In seiner früheren Arbeit hatte Colombini dieselbe Auffassung, liefs dieselbe aber leider nach Erscheinen der Arbeit von Ch. Nicolle fahren.

es eben schwer zu verstehen, dafs nicht jedes Ulcus molle sich rasch und unaufhaltsam in der Fläche ausbreitet.

4. Die Kettenform.

Meine Entdeckung der Kettenform des Bacillus im Gewebe ist von allen Nachuntersuchern nicht nur bestätigt, sondern dieses Symptom ist auch sofort als das wichtigste von allen Kriterien des Bacillus des weichen Schankers erkannt worden. Nicht nur, dafs hiermit eine Eigenschaft gegeben war, die allen übrigen bisher bekannten, im Hautgewebe schmarotzenden Bacillen abging, dieselbe Eigenschaft erklärte auch mit einem Male die hauptsächlichste, klinische und histologische Eigentümlichkeit des weichen Schankers, die radiäre Zerklüftung (im Gegensatze zur Initialsklerose, zu anderen Geschwüren). Denken wir uns diese Besonderheiten des Streptobacillus hinweg und wüfsten wir nur, dafs überhaupt Bacillen im Hautgewebe nachzuweisen sind, so würde die ganze Frage nach der ätiologischen Bedeutung dieser Bacillen nicht viel weiter vorgerückt sein, als nach der Ducreyschen Arbeit. Kein Wunder also, dafs die neueren Autoren, vor allem Ch. Nicolle und Colombini, sich hauptsächlich Mühe gaben, die Existenz der Ketten auch im Eiter nachzuweisen, wo Ducrey sie nicht gesehen, Krefting und Petersen sie vermifst hatten. Beiden schien die Identitätsfrage nur gesichert, wenn die Ketten auch an den Bacillen des Eiters so gut nachgewiesen waren, wie an denen des Gewebes.

Der nächste Gedanke war natürlich, die Ursache, weshalb die Kettenform Ducrey wohl entgangen sein mochte, in der etwas rohen Manipulation bei der Herstellung der Eiterpräparate zu suchen. Man empfahl also ein sanftes Gleiten der Deckgläser, um die Zerstörung der vorhandenen Ketten zu verhindern. Aber mir will die Berechtigung dieses Grundes nicht recht einleuchten. Denn erstens wäre es bei der grofsen Zahl von Eiterpräparaten, welche Ducrey machte, doch auffallend, dafs darunter nicht eine gröfsere Anzahl delikater hergestellter sich befunden haben solle, und dann liegen ja doch die meisten Ducreyschen Bacillen in Leukocyten und sind deshalb vor dem Einflusse nicht allzu roher Proceduren geschützt. Drittens aber finden sowohl Ch. Nicolle wie Colombini auch bei der delikatesten Anfertigung der Eiterpräparate selbst noch nicht mit Sicherheit Ketten in denselben, wenn sie den Eiter nicht durch Abschaben des Geschwürsgrundes erlangen (Ch. Nicolle, pag. 20, Colombini, pag. 13). Diese Art der Eitergewinnung, welche für die Diagnose vortrefflich sein mag, ist aber eben nicht dieselbe, wie Ducrey, Krefting und Petersen sie übten, denn diese entnahmen den Eiter vom weichen Schanker, wie man es sonst gewohnt ist, mit der Platinöse oder direkt durch Abklatsch auf dem Glase. Dieser Unterschied in der Gewinnung des Eiters ganz allein erklärt es, dafs die neueren Autoren reichlich Ketten

finden, wo Ducrey, Krefting, Petersen und ich sie früher nicht sahen. Denn nach dem Verfahren von Nicolle und Colombini finde ich sie jetzt auch. Ich möchte nur diese Präparate keine Eiterpräparate mehr im gewöhnlichen Wortsinne nennen, es sind Präparate der obersten, nekrotischen Gewebsschicht, und die Bacillen, die man findet, sind keine Eiterbacillen, sondern Gewebsbacillen, keine Ducreyschen Bacillen, sondern Unnasche Bacillen, also natürlich grofsenteils Streptobacillen. Nicht der Mangel an Subtilität im Arbeiten verhinderte Ducrey, die Kettenform zu finden, sondern die Art seines Materials. Er studierte den reinen Eiterbacillus, wie ich den reinen Gewebsbacillus. Ch. Nicolle und Colombini aber, die die Ketten im Eiter zu sehen wünschten, griffen naturgemäfs und ganz vernünftigerweise nach einem intermediären Material und kamen so zu ihren Resultaten, welche daher nicht, wie diese Autoren angeben, denen von Ducrey oder den meinen irgendwie widersprechen. Man kann die Auflösung der Ketten, den Zerfall derselben zu ungeordneten Massen zugleich mit der Umwandlung der Bacillen in Doppelpunktbacillen und mit ihrer Aufnahme in Leukocyten in allen solchen Fällen von Ulcus molle sogar auf dem Schnitte studieren, wo das ungereinigte Geschwür mit überlagernden Eiterkrusten in Celloidin eingebettet wurde. Hier hat man ein ebensogutes Übergangsmaterial auf dem Schnitte, wie Nicolle und Colombini es durch Abkratzen des Geschwürsgrundes erhielten.

Wenn Colombini in der Überzeugung, dafs es nur des Nachweises der Kettenform im Eiter bedurfte, um die Identität zwischen Ducreys und meinem Bacillus herzustellen, vorschlägt, dem Ducreyschen Bacillus sogar den Rock des meinigen anzuziehen und den Bacillus des weichen Schankers fürderhin als den Streptobacillus von Ducrey zu bezeichnen, so ist das sehr schmeichelhaft für meinen Streptobacillus, aber entspricht doch, wie ich glaube, nicht ganz dem eigentlichen Sachverhalte. In der Zone des flüssigen Eiters, wo Ducreys Bacillus genau so, wie Ducrey ihn beschrieben hat, das Feld behauptet, finde ich wenigstens keine Ketten. Colombini scheint mir in seinem lobenswerten Eifer für den Ducreyschen Bacillus hier etwas „plus Ducreyiste que Ducrey“ gewesen zu sein. Ich hingegen finde die frühere Beschreibung von Ducrey durchaus genau und richtig und sehe die Identitätslehre beider Bacillenformen durchaus nicht dadurch gefährdet, dafs die Region der Doppelpunktbacillen keine Kettenbacillen mehr enthält.

5. Die Phagocytose.

Auch in Bezug auf die bei dem Bacillus des Ulcus molle in Betracht kommende „Phagocytose“ herrscht eigentlich in der Sache gar kein Widerspruch, wenn auch die Fassung der Thesen von Ch. Nicolle und Colombini den Eindruck erwecken mufs, als wenn Ducrey und Unna sich ganz widersprechende Thatsachen angeführt hätten. Nicolle sagt

(pag. 34): „Niée par UNNA, qui d'ailleurs n'a examiné que des coupes, la phagocytose avait été notée par DUCREY.“ Nun, die Phagocytose leugne ich für meinen Kettenbacillus auch noch heute und befinde mich dabei in ganz guter Gesellschaft. Nicht nur leugnen sie auch QUINQUAUD, M. NICOLLE und W. PETERSEN für die Kettenbacillen des Gewebes, sondern ein Autor, den CH. NICOLLE gewifs anerkennen wird, nämlich er selbst, sagt (pag. 73): „Le tissu chancreux tout entier est rempli de bacilles. Tous les bacilles nous ont semblé extraleucocytaires. Ils dessinent souvent exactement et complètement les contours de toutes les cellules.“ Wenn ich mir erlauben darf, den Satz von CH. NICOLLE auf pag. 34 nach dem entsprechenden Satze desselben Autors von pag. 73 zu korrigieren, so hätte es heifsen müssen: „La phagycytose a été justement nié UNNA pour le tissu chancreux, tandisque DUCREY l'avait trouvée dans le pus.“ Aber ich mufs mir dann doch gerechterweise selbst den Einwurf machen, dafs NICOLLE ein einziges Mal auch schon mitten im Schankergewebe intraleukocytäre Bacillen gesehen hat. Es heifst nämlich weiter (pag. 73): „Des trainées perpendiculaires partent dans l'intérieur des prolongements qui en émanent. Nous avons vu dans un cas des bacilles englobés d'une façon très-nette par les phagocytes des prolongements. Ce fait avait déjà été rapporté par KREFTING. Mais l'immense majorité des bacilles est extracellulaire.“ Und auf diesen einen Fall hin drückt sich NICOLLE in seinem Resumé (pag. 77) so aus: „Les couches superficielles de l'ulcération montrent une phagocytose constante et souvent très-abondante comme le pus lui-même, qui n'est que leur prolongement. Il est vrai, qu'il n'y a point de phagocytose dans l'intérieur du chancre pendant sa période d'augmentation; mais dès que la marche envahissante s'arrête, la phagocytose commence dans les couches profondes.“

Nun, auch ich habe eine Reihe von älteren, weichen Schankern untersucht, welche in tüchtiger Eiterung begriffen waren, aber mir ist es nicht geglückt, die Inkorporation der Bacillen in Leukocyten anders als ganz nahe der Oberfläche anzutreffen. Das heifst mit anderen Worten: „Nach CH. NICOLLE sowohl, wie nach UNNA ist die Aufnahme des Kettenbacillus in Leukocyten an die Periode der Schwächung der Bacillen geknüpft; die noch ganz kräftigen Bacillen, solange sie in das Gewebe einwachsen (pendant leur marche envahissante), liegen stets extracellulär, obwohl sie an allen Seiten von Leukocyten umgeben sind, welche sich nach der Oberfläche zu bewegen. Ein solches Verhältnis zwischen Bacillen und Leukocyten ist aber nicht dasjenige, welches berechtigt, hier mit Nachdruck von einer Phagocytose im Sinne von METSCHNIKOFF zu reden, wie NICOLLE es thut, unter welcher wir doch nicht die schliefsliche Aufnahme von bereits geschwächten (oder absterbenden) Organismen

zu verstehen haben, sondern die primäre Aufnahme von vollkräftigen Organismen; denn nur so wäre die METSCHNIKOFFsche Idee eines Kampfes der Leukocyten gegen die Organismen berechtigt.

Nach meiner Ansicht haben auch die Beobachtungen von CH. NICOLLE (und ebenso COLOMBINIS Befunde von vielen intraleukocytären Bacillen nahe der Oberfläche des Geschwüres) die von mir zuerst dargelegte und von QUINQUAUD und M. NICOLLE und W. PETERSEN bestätigte Anschauung nicht im mindesten erschüttert, dafs der Streptobacillus des Gewebes weder Leukocyten anlockt, noch von ihnen „gefressen" wird, dafs aber gleichzeitig mit seiner Umwandlung in den DUCREYschen Doppelpunktbacillus der Schankeroberfläche und des Eiters eine Anlockung von Leukocyten aus den Gefäfsen und eine Aufnahme der Bacillen durch Leukocyten eintritt, die dann für das Schankersekret ebenso charakteristisch ist, wie das Kettenwachstum für den Gewebsbacillus. In diesem Punkte teilt der Schankerbacillus nur das Schicksal sehr vieler anderer Organismen. Die Leukocyten spielen ihm gegenüber die Rolle von Krankenträgern, welche die vorübergehend kampfunfähigen Bacillen in sich aufnehmen, um sie möglicherweise auf einen frischen Nährboden zu transportieren, wo sie noch wieder zu Streptobacillen auswachsen können (Erklärung der Übertragung des weichen Schankers durch Schankereiter). Eine echte Phagocytose im ursprünglichen METSCHNIKOFFschen Sinne (wie METSCHNIKOFF zur Zeit dieser Frage gegenübersteht, weifs ich nicht) besteht für den Bacillus des weichen Schankers nicht.

Schlufsfolgerungen.

Der Leser, der mir geduldig bis hierher gefolgt ist, wird mir, denke ich, recht geben, dafs ich in meinem ersten Artikel die Identitätsfrage vorsichtigerweise offen liefs, ohne sie im mindesten zu negieren. Der prinzipielle Gegensatz, den die Arbeiten von CH. NICOLLE und COLOMBINI zwischen DUCREYS und meiner Auffassung zu begründen suchten, hat nie zwischen unseren Auffassungen, sondern immer nur zwischen den von uns gefundenen und hinlänglich bestätigten Thatsachen bestanden. Derselbe wird nicht dadurch verwischt, dafs man hier einen einzelnen Kettenbacillus mit abgerundeten Ecken, dort einige in einem Leukocyt findet, sondern derselbe wird vollständig überbrückt durch die Anerkennung einer ebenso morphologisch interessanten, wie biologisch wichtigen thatsächlichen Metamorphose des Schankerbacillus, die ich als eine Umwandlung meines Kettenbacillus in den DUCREYschen Doppelpunktbacillus charakterisiert habe. Für mich ist gerade diese zweite Phase (Abschwächung, Altersveränderung oder wie man es nennen will) des Schankerbacillus der beste Beweis, dafs es sich bei dem DUCREYschen Bacillus um den umgewandelten, eigentlichen Parasiten des Schankers

handelt. Denn gesetzt, der Ducreysche Bacillus gehörte zu den reichlich vorhandenen Saprophyten des Schankereiters, so würde man denselben nicht fast ausschliefslich in der die Abschwächung und temperäre Lähmung anzeigenden Doppelpunktform, sondern nebenher noch massenhaft in einer jungen, homogen gefärbten Wuchsform antreffen, so etwa wie das jodfeste Bacterium cutis commune von Ch. Nicolle. Weit entfernt daher, für die Identitätslehre eine unbequeme Zugabe zu sein, ist die morphologische Differenz meines Streptobacillus und des Ducreyschen Doppelpunktbacillus ein Grund mehr, an der pathoforen Bedeutung beider Formen festzuhalten.

Hiernach beruht bei unserem heutigen Stande des Wissens die Lehre von der Identität meines Streptobacillus des Schankergewebes mit Ducreys Bacillus des Schankereiters nach den in den Thatsachen übereinstimmenden Ansichten von Ducrey, Krefting, Rivière, Mermel, Ch. Nicolle, Colombini, Audry, Dubreuilh, Lasnet und mir in folgenden Punkten:

a) Die geringen Gröfsendifferenzen erklären sich durch die verschiedenen Phasen des Bacillus; der Kettenbacillus des Gewebes ist im allgemeinen etwas feiner und oft länger, als der Eiterbacillus.

b) Die charakteristischen Formverschiedenheiten (Streptobacillus eckig, Eiterbacillus abgerundet) erklären sich durch Verschiedenheit der Phase. Die eckigen Bacillen repräsentieren die Phase des kräftigen Angriffes der Bacillen aufs Gewebe.

c) In Bezug auf die Tingibilität zeigen beide Bacillen in gleicher Weise die Jodfestigkeit und die Vorliebe für Methylenviolett. Die Differenzen (Streptobacillus: homogene Färbung; Eiterbacillus: Doppelpunktfärbung) erklären sich aus der verschiedenen Phase.

d) Das so äufserst wichtige Kettenwachstum kommt nur dem Streptobacillus des Gewebes zu, aber in einer intermediären Zone, d. h. an der Oberfläche des Geschwüres, und besonders in hier lagernden Krusten findet man alle Übergänge von den Ketten zu den Haufen des reinen Eiterpräparates.

e) Eine echte Phagocytose besteht bei beiden Formen nicht; die reguläre Aufnahme der zerfallenen Ketten an der Oberfläche des Geschwüres durch Leukocyten ist nicht als ein Kampf der Leukocyten gegen die Bacillen aufzufassen. Er dient eher der Verschleppung und Überimpfung des Giftes.

f) Ch. Nicolle, Colombini, Dubreuilh u. a. legen mit Recht Gewicht auf die Thatsache, dafs es bisher auf den bekannten Kulturböden weder mit dem Eiter, noch mit Gewebsstückchen irgend jemand gelang, Kulturen eines Bacillus zu erzeugen. Hierbei ist nur der Vorbehalt zu machen, dafs diese Übereinstimmung lediglich einen negativen, also vor-

läufigen Wert hat; gelingt einmal die künstliche Kultur, so wäre noch der Möglichkeit kultureller Differenzen wegen der Abschwächung des Eiterbacillus entgegenzusehen.

g) Dasselbe ist zu sagen über die Identität beider Formen bezüglich der Tierimpfung; sie sind hierin gleich, aber nur in negativem Sinne.

h) Mit Recht machen Ch. Nicolle, Colombini und besonders auch Ducrey neuerdings darauf aufmerksam, dafs für die Identität der Umstand spricht, dafs beide Formen an ihrem Orte die einzigen konstanten Lebewesen sind. Ein solches Verhalten erschiene unerklärlich, wenn es sich um verschiedene Bacillen handelte.

Für die Konstanz des Ducreyschen Bacillus im Eiter treten alle Autoren ein; für die des Streptobacillus im Gewebe konnte ich 1892 nur fünf Fälle anführen. Inzwischen hat sich das konstante Vorkommen des letzteren ausnahmslos bestätigt. Ich verfüge selbst heute schon über 27 Fälle sicheren, unbehandelten, weichen Schankers, in denen ich den Streptobacillus nachweisen konnte. Ch. Nicolle untersuchte 22 Fälle mit positivem Resultate. Schätzt man die (nicht genauer angegebene) Zahl der Schanker, welche den übrigen Untersuchern vorgelegen haben, auf nur je die Hälfte, so sind heute bereits über 100 sichere und positive Fälle vorhanden. Noch wichtiger als diese Zahl ist der Umstand, dafs bisher kein Forscher negative Befunde in Bezug auf den Streptobacillus des Gewebes bei klinisch sicheren Fällen von Ulcus molle angegeben hat.

i) Endlich spricht noch für die Identität, dafs bei Untersuchung anderen Eiters einerseits, anderer Ulcera andererseits nach Angabe aller Autoren dort ebenso die Ducreyschen Bacillen, wie hier meine Streptobacillen konstant fehlen.

Mufs man somit beide Bacillenformen als identisch betrachten, so teilt der Ducreysche Bacillus das Loos meines Streptobacillus in Bezug auf die ätiologische Frage des Ulcus molle, und es erscheint somit auch für den Ducreyschen Bacillus nicht unwichtig, noch einmal die Punkte zu resumieren, welche heutzutage für die pathofore Bedeutung des Streptobacillus im Gewebe des weichen Schankers sprechen:

1. Zuerst kommt als der jeden Untersucher zunächst frappierende Umstand in Betracht, dafs mein Streptobacillus sich von allen bisher bekannten Organismen der Cutis durch seine tinktoriellen und strukturellen Verhältnisse (Mangel an Jodfestigkeit, Kettenbau) leicht und scharf unterscheidet. Wäre er nur ein zufällig beim Ulcus molle oft vorkommender Saprophyt, so müfste er auch schon einmal bei anderen Ulcerationsprozessen gefunden sein.

2. An diesen Grund schliefst sich gleich der zweite, dafs ein äufserst ähnlicher Bacillus, der ebenfalls nicht jodfest ist und sich in Ketten anordnet, der einzige also, der für die Differentialdiagnose in Betracht

käme, von mir gerade bei einer Affektion gefunden ist, die dem Ulcus molle sehr nahe steht, nämlich beim serpiginösen Schanker, und dafs der betreffende, äufserst ähnliche Bacillus hier nur am fortschreitenden Rande der Affektion angetroffen wird. Dieser sehr einleuchtende Analogieschlufs (ähnliche Ursachen — ähnliche Wirkungen) ist von den bisherigen Untersuchern noch nicht berücksichtigt worden.

3. Als dritter und sehr schwerwiegender Grund mufs man die Konstanz des Bacillus bei allen bisher, mit geeigneten Färbemethoden untersuchten weichen Schankern gelten.

4. Ebenso wesentlich ist es, dafs der Bacillus im Schankergewebe sich stets allein, in natürlicher Reinkultur vorfindet, während an der Oberfläche des Schankers verschiedene Saprophyten vegetieren.

5. Weiter spricht die Lagerung des Bacillus im Gewebe und das Verhalten des letzteren aufserordentlich zu Gunsten seiner ätiologischen Bedeutung. Da auch dieser Punkt von den übrigen Autoren weniger berücksichtigt worden ist, erlaube ich mir, in Bezug auf ihn folgendes hervorzuheben:

a) Im ersten Beginne des weichen Schankers findet man den Streptobacillus auf seiner Wanderung durch das Epithel und zwischen diesem und der Cutis; die Abhebung des Epithels ist die Folge.

b) Nach Konstituierung eines Schankers trifft man, solange derselbe klein ist, den Streptobacillus auch nur in einer oberflächlichen und der Oberfläche nahezu parallelen Lagerung.

c) Bei älteren Schankern mit zerklüftetem Grunde und unterminiertem Rande findet man den Streptobacillus, jeder einzelnen Zerklüftung entsprechend, senkrecht in die Tiefe gewuchert, die Spalten regelmäfsig mit langen Ketten begleitend.

d) Stets geht der Streptobacillus, was gewöhnliche Saprophyten nicht thun, mehr oder weniger über die Grenze des nekrotischen hinweg in das gesunde Gewebe hinein.

e) Überall folgt der Einwanderung des Streptobacillus die Nekrose der Cutis auf dem Fufse, was um so mehr für einen nekrotisierenden (d. h. hier: Schanker erzeugenden) Einfluſs spricht, als die Blutgefäfse stark erweitert und die Cutis maximal durchblutet ist, also der Nekrose starken Widerstand zu leisten im stande ist.

f) Niemals finden sich Streptobacillen in den Blutgefäfsen des weichen Schankers, wie es bei der lokalen, benignen Natur desselben von dem Giftträger vorauszusetzen ist.

6. Als letzter, nicht unwichtiger Grund hat die Abwesenheit des Streptobacillus bei allen ähnlichen und sonstigen Geschwürsprozessen (Initialsklerose, sekundäre und tertiäre syphilitische Geschwüre, Herpes progenitalis, diverse Impetigoarten, Ekthyma, Ulcus cruris) zu gelten.

Diese Gründe rechtfertigen nach meiner Ansicht den oben ausgesprochenen Satz, dafs die ätiologische Bedeutung des Streptobacillus ulceris mollis bereits so weit gesichert erscheint, als es heutzutage ohne Zuhülfenahme der Reinzüchtung auf künstlichem Nährboden und Rückimpfung auf den natürlichen überhaupt festzustellen möglich ist.

Aus der Praxis.

Chromsäure-Lapisätzung in der syphilidologischen Praxis.

Von

Prof. C. Boeck - Christiania.

Die kombinierte Ätzung mit Chromsäure und Höllenstein ist, soweit mir bekannt, nicht in der Litteratur erwähnt worden. Ich habe sie schon einige Jahre angewandt und sie namentlich in der syphilidologischen Praxis sehr praktisch gefunden.

Nachdem in gewöhnlicher Weise z. B. eine syphilitische Plaque mit einer 10%igen wässerigen Chromsäurelösung bepinselt worden ist, appliciert man unmittelbar nachher den Höllenstein in Substanz. Der stattfindende chemische Umsatz giebt dann chromsaures Silber und Salpetersäure, die also in statu nascendi einwirkt, und man beobachtet folglich gleichzeitig die bekannte schöne Farbenreaktion. Diese Kombination der beiden Ätzmittel giebt eine viel stärkere Wirkung, wie die beiden Mittel getrennt, und der dabei hervorgerufene Schmerz ist bedeutend geringer, wie man glauben sollte, und bei weitem nicht so intensiv, wie bei einer Salpetersäureätzung.

Diese Ätzung ist vor allem bei hartnäckigen syphilitischen Mundaffektionen, die nicht auf die gewöhnlichen Lapistouchierungen weichen wollen, indiciert, aber auch bei alten, trockenen, derben Schleimpapeln sehr wirksam. Demnächst ist diese Ätzung bei der Behandlung des weichen Schankers von nicht geringem Vorteil. Es gelingt nicht selten, in dieser Weise ein anfangendes Ulcus molle nur durch eine einzige gründliche Ätzung ohne Applikation von anderen Mitteln auszurotten. Besonders ist dies der Fall, wenn der Schanker noch nicht zu grofs geworden ist. Auch weiche Schanker, die phagedänische und serpiginöse Tendenzen zeigen, werden durch diesen Eingriff vorteilhaft modificiert. Inokulationsschanker, die zu diagnostischem Zwecke auf dem Abdomen gemacht waren, habe ich wiederholt mittelst einer einzigen Ätzung geheilt. Man ätzt bei solcher Gelegenheit wechselweise

einige Male mit den beiden Mitteln und läfst das Ganze zu einem Schorf eintrocknen, der sitzen bleibt, bis er abfällt. Doch gelingt auch dies am besten, wenn der Inokulationsschanker nicht zu grofs geworden war. Auch kleine spitze Kondylome können, besonders wenn sie in sehr grofser Menge vorkommen, mit Vorteil in dieser Weise behandelt werden.

In der dermatologischen Praxis, wo ich ebenfalls diese Methode, z. B. bei Lupus erythematosus und Naevi vasculosi, versucht habe, hat sie mir nicht so gute Resultate geliefert.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Jahresbericht vom 20. April 1895 (dritte Sitzung).

Vorsitzender: E. Besnier.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Beitrag zum klinischen und anatomischen Studium der Verruca vulgaris, von Dubreuilh. Die Warzen der Fufssohlen werden zwar von den klassischen Autoren nicht erwähnt und doch sind sie ziemlich häufig und besonders schmerzhaft. Zuweilen sind sie in grofser Zahl vorhanden und nehmen den gröfsten Teil der Fufssohlen und der unteren Fläche der Zehen ein; gewöhnlich aber stehen sie nur vereinzelt oder in geringer Anzahl mit Vorliebe auf Gegenden, welche einem häufigen Drucke ausgesetzt sind, wie z. B. über dem Köpfchen des ersten, dritten oder fünften Metatarsalknochens oder der unteren Fläche der Ferse.

Die Warze ragt an der Fufssohle nicht über die umgebende Hautoberfläche hervor und erscheint beim ersten Anblicke als eine breite Schwiele, die in ihrem Zentrum durchbohrt ist; die tiefste Stelle dieser Vertiefung ist von weicherer Konsitenz, als die übrigen Partien der Schwiele. Entfernt man diese letztere mit einem Messer, so findet man, dafs die Peripherie aus einem harten hornartigen Gewebe gebildet ist, wie es beim Clavus angetroffen wird; die zentrale Partie jedoch besteht aus einem weifslichen, milchfarbenen, weichen, aber zähen Gewebe, das sich nur schwer schneiden läfst und sich unter der Schneide verhält, wie Kautschuk oder nasser Hanf. Gewährt der periphere Ring eine schichtenförmige Struktur, so scheint andererseits der zentrale Teil aus senkrechten zusammengekitteten Säulchen gebildet zu sein. Es lassen sich darin kleine schwarze hämorrhagische Punkte erkennen, und schneidet man tiefer ein, so sieht man aus einer Menge kleiner, kapillärer Öffnungen Blut hervortreten. Diese Warze unterscheidet sich demnach vollständig vom Clavus und selbst vom weichen Clavus der Interdigitalfalte, bei dem die zentrale Partie mindestens so hart ist als die periphere und sich nach Art eines Nagels tief einsenkt. Die plantare Warze ist, aufserordentlich schmerzhaft auf Druck, und diese Schmerzhaftigkeit wird durch die Abrasion keineswegs aufgehoben.

Sucht man mit einem scharfen Löffel in eine solche Warze einzudringen, so stöfst man zunächst im Zentrum auf einen ziemlich beträchtlichen elastischen Widerstand; ist man aber einmal eingedrungen, so kann man leicht eine rundliche Höhle auslöffeln, die in der Tiefe breiter ist, als an der Mündung, und 1—2 cm tief in die Fufssohle eindringt. Das mit dem Löffelchen herausbeförderte Gewebe erscheint als

weiche, weifsliche, zähe, in paralleler Anordnung zusammengekittete Säulenbündel, die vom Grunde der Höhle nach dem Ausgange hin verlaufen. Der ausgelöffelte Raum blutet stark, doch läfst sich die Hämostase leicht bewerkstelligen.

Die plantare Warze unterscheidet sich also besonders von der Warze der Hände, indem sie sich wegen des Druckes nicht in die Höhe entwickeln kann, sondern gezwungen ist, im Derma sich ein Grübchen zu graben. In ihrer Umgebung entsteht eine hyperkeratotische Zone, welche die Warze überwachsen kann und sie dadurch von der Umgebung noch mehr abschliefst.

Die Behandlung besteht entweder in der Auskratzung mit dem scharfen Löffel, welche am sichersten zum Ziele führt, oder in wiederholten Ätzungen mit Salpetersäure. Die Heilung läfst sich im allgemeinen nicht so leicht erzielen, wie beim Clavus, ist dann aber auch eine definitive.

Die mikroskopische Untersuchung einer Anzahl von Warzen, sowohl von der Hand, als von der Ferse, hat mir eine Reihe von Veränderungen ergeben, die ich sonst nirgends erwähnt gefunden habe.

Die Hornschicht der Epidermis, aus der sich der gröfste Teil der Warze zusammensetzt, ist nicht, wie gewöhnlich, gebildet aus abgeplatteten Zellen, die keinen oder einen kaum sichtbaren Kern enthalten; sie hat vielmehr ein schwammiges Aussehen, und auf der Schnittfläche läfst sich ein feines Netz erkennen, das aus Zellschichten zusammengesetzt ist, welche helle Maschen umschliefsen, in denen sich grofse, runde, scharf begrenzte und intensiv gefärbte Zellkerne befinden. Diese Hohlraumbildungen in den Zellen mit Hypertrophie und Erhaltenbleiben des Kernes beginnt in verschiedener Höhe der Epidermis; in den ausgesprochensten Fällen jedoch, welche auch die häufigsten sind, beginnt sie in den tiefsten Lagen der Stachelschicht, wo meist die Mehrzahl der Zellen betroffen ist. Hier giebt sich jene Veränderung in der Anhäufung gröfserer Mengen Keratohyalins in unregelmäfsigen Klumpen zu erkennen, die begierig die meisten Farbstoffe aufnehmen und dadurch die Erklärung der Veränderungen bedeutend erschwert.

Herr Sabouraud liefert einen interessanten Beitrag zur Aufklärung der Frage von der Pluralität der **Trichophytien**. In beständigem Verkehr mit Prof. Mibelli glaubte S. ein Mifsverständnis bezüglich seiner Arbeiten bemerkt zu haben und schickte dem italienischen Professor den Abdruck einer kleinsporigen Trichophytieplaque, wobei die kranken Haare noch an dem zur Vornahme des Abdruckes benutzten Kollodiumhäutchen klebten. Nach Kenntnisnahme dieses Präparates erklärte Prof. Mibelli, dafs er ähnliches in Italien niemals gesehen habe und ihm dasselbe von der Trichophytie weit verschieden sei. Der Parasit des kleinsporigen Herpes tonsurans, das Mikrosporon Adouini kommt demnach in Italien nur selten vor. Es wäre sehr interessant, eine geographische Karte über die Verteilung der Trichophytien auszuarbeiten. Diese Ungleichheit in der Verbreitung dieser Affektionen liefert einen neuen Beweis zu Gunsten ihrer Dualität.

Die Herren Lesbddb und Perrin teilen die Resultate ihrer Untersuchungen über den **Inhalt von Blasen und Bläschen** mit. Bekanntlich scheiden die meisten modernen Autoren aus den früher unter der Rubrik Pemphigus zusammengefafsten bullösen Affektionen eine Gruppe aus, welche als Dermatitis herpetiformis Duhring bezeichnet wird und sich durch folgende vier klinische Merkmale auszeichnet: polymorphe, öfters bullöse Eruption, pruriginöse Eruption, chronischer Verlauf mit successiven Ausbrüchen, Erhaltung des Allgemeinzustandes. Andere teilen jedoch diese Ansicht nicht. Andere können von der Duhringschen Dermatitis eine Varietät welche nur das Besondere bietet, dafs sie sich in der Schwangerschaft entwickelt und demnach Herpes gestationis genannt wird.

Die Untersuchungen von L. und P. bieten nur das Interessante, dafs sie ein neues Zeichen gefunden haben, das künftig bei der Behandlung der vorliegenden Frage berücksichtigt zu werden verdiente. EHRLICH hat bekanntlich unter anderem Leukocytenvarietäten eine Form beschrieben, die sich durch den Besitz eines gelappten Kernes auszeichnet, in dessen Protoplasma sich Granulationen befinden, die saure Anilinfarben, wie Eosin aufnehmen und fixieren, und deshalb auch eosinophile Zellen genannt werden; man findet dieselben normalerweise im Blute und in der Haut, jedoch nur in spärlicher Anzahl. Beim Herpes gestationis haben nun die Autoren deren eine grofse Menge im Blute und im Blaseninhalte gefunden. Dasselbe haben sie aber auch bei der Dermatitis von DUHRING beobachtet, was die Ansicht unterstützt, dafs der Herpes gestationis eine blofse Varietät der DUHRINGschen Dermatitis darstellt. Andererseits aber haben sie nichts Derartiges gesehen bei den übrigen bullösen Dermatosen und in den Fällen, welche klinisch zur Pemphigusgruppe gezählt werden; dieser Umstand würde somit die Trennung der DUHRINGschen Dermatitis vom Pemphigus rechtfertigen. Beim Versuche, die Natur selbst der Läsionen zu ergründen und gestützt auf die Thatsache der veränderten Toxicität des Urins im Gegensatze zur vermehrten des Blaseninhalts, des verminderten Stickstoffgehaltes des Harns und der Nierenveränderungen, welche bei zwei Autopsien konstatiert wurden, stellen sich L. und P. die Frage, ob die eosinophile Substanz nicht vielleicht mit einer toxischen Substanz in Beziehung stehe? Unter normalen Verhältnissen würde diese in geringen Mengen secernierte Substanz durch die Nieren ausgeschieden. Bei der DUHRINGschen Dermatitis würde nur diese Substanz in gröfserem Mafsstabe gebildet, aber durch die Nieren (Herpes gestationis ist öfters mit Albuminurie verbunden) nicht in hinreichender Weise eliminiert, woraus eine Toxidermie, Pruritus, Blasen etc. entstehen würde, durch dieselbe Einwirkung auf die Haut oder auch erst durch Vermittelung des Nervensystems.

Pyodermitis impetiginosa des Gesichtes; Stomatitis; Adenophlegmone des Halses; Albuminurie. FEULARD teilt die Krankengeschichte eines dreijährigen Knaben mit, welcher seit drei Wochen von einer besonders in der Umgebung des Mundes lokalisierten Impetigo befallen ist, unter schweren Erscheinungen mit Fieber, schlechtem Allgemeinbefinden, ziemlich reichlicher Albuminurie, fötiden Stühlen erkrankte; gleichzeitig traten auf der Mund- und Lippenschleimhaut Ulcerationen mit weifslichem, diphtheroidem Belag auf.

Die Lymphdrüsen am Halse schwollen auf, und es kam auf der rechten Seite zu einer wahren Adenophlegmone, welche eine Incision erforderte. Das Kind war durch das Kindermädchen inficiert worden, welches an einer purulenten Rhinitis und an Exkoriationen des Naseneinganges gelitten hatte. Die impetiginöse Stomatitis ist in Anbetracht der Frequenz der Impetigo an sich ziemlich selten, nur ganz ausnahmsweise aber nimmt sie einen so schweren Verlauf mit allgemeiner Infektion des Organismus.

Keratosis pilaris und Syphilis. Herr GASTON stellt eine Kranke mit kongenitaler Keratosis pilaris vor, bei der eine hinzugetretene Syphilis im sekundären Stadium zu einer beträchtlichen Verbreitung der primären Affektion geführt hat.

Die histologische Untersuchung dieses und eines analogen Falles ergab das Vorhandensein einer Verdickung der Cutis und aller Elemente, wie sie bereits von LEMOINE bei der Keratosis pilaris simplex der Extremitäten beschrieben wurde. Ferner eine hochgradige kleinzellige Infiltration der Papillarschicht, Follikulitiden und Perifollikulitiden der Talg- und Knäueldrüsen mit Ausgang in Zerstörung dieser Drüsen und der Haarbälge.

Diese syphilitische Keratose sieht also histologisch der Acne pilaris und der

Pityriasis rubra pilaris ähnlich, und in klinischer Hinsicht nähert sie sich dem lichenoiden und akneiformen Syphiliden.

Fall von Lichen scrophulosorum, von H. Feulard. Die Fälle von Lichen scrophulosorum sind in Frankreich ziemlich selten, so dafs es nicht ohne Interesse sein dürfte, einen typischen Fall dieser Dermatose vorzustellen. Der Patient ist zehn Jahre alt und zeigt seit fünf Jahren multiple Drüsenschwellungen am Halse und der Submaxillargegend; mehrere Narben bekunden die Vereiterung zahlreicher Drüsen und gegenwärtig sind noch zwei derselben in der Erweichung begriffen. Auf das Vorhandensein der Hauteruption, die seit einem Monate besteht, wurde Patient durch leichtes Jucken aufmerksam gemacht. Dieselbe begann in Gestalt einer ovalen Plaque unter der rechten Achselhöhle, dann erschienen weitere in der rechten und der linken Weiche, sowie auf dem Abdomen. Gegenwärtig sind vereinzelte Lichenpapeln an den Armen sichtbar; die Beine sind frei; der Rücken trägt einzelne vereinzelte Züge. In typischer Weise sind die Seitenpartien des Rumpfes am schwersten befallen. Die Eruption bildet disseminierte Plaques in Form von Ringen oder länglichen Ovalen, welche gröfsere Zwischenräume gesunder Haut freilassen; die Papeln sind nach der Peripherie der Ovale hin gruppiert, während das Zentrum von beinahe unversehrter Haut gebildet wird. Die Papeln sind von blafsroter Farbe, trocken, leicht schuppend; einige wenige tragen auf ihrer Spitze ein Pustelchen; kein oder beinahe kein Jucken, jedenfalls keine Kratzspuren. Der Vater des Patienten ist Emphysematiker, die Mutter hat in ihrer Kindheit Drüsenschwellungen am Nacken gehabt, eine kleinere, sechsjährige Schwester weist unter Kinn und Unterkiefern eine Reihe geschwollener Drüsen auf, mit einem Worte keine eigentliche Tuberkulose, sondern nur sog. Skrophulose in der Familie.

In dieser Hinsicht liefert dieser Patient ein besonderes typisches Beispiel jener von Hebra und Kaposi so gut charakterisierten Dermatose.

Herren Hallopeau und Le Damany: **Lupus erythematosus oder Folliclis.** Es handelt sich um eine junge Frau, welche folgende Veränderungen aufweist: symmetrisch verteilte Dermatose auf Gesicht und Extremitäten in Gestalt von Papeln, welche auf ihrer Spitze kleine Bläschen oder Pusteln tragen; nach ihrer Entleerung lassen diese eine wie mit dem Locheisen ausgeschlagene Narbe zurück, die von einer Pigmentzone umgeben ist. Gleichzeitig bestehen an den Gliedern lokale asphyktische Erscheinungen, aufserdem hochgradige Schwellung der Cervikallymphdrüsen. Klinisch stimmen einige der beschriebenen eruptiven Elemente überein mit der Folliclis von Barthélmy; die durch Herrn Darier vorgenommene mikroskopische Untersuchung hingegen spricht eher für Lupus erythematosus, ohne jedoch als pathognomisch gelten zu können. Klinik und pathologische Anatomie stimmen also hier nicht miteinander überein. Handelt es sich, wie H. und L. D. meinen, um eine Folliclis, so wäre damit die Unrichtigkeit der Ansicht erwiesen, den Sitz der Dermatose in die Knäueldrüsen zu verlegen, weil diese in den untersuchten Präparaten intakt befunden wurden.

Herren Hallopeau und Salmon: **Ein Fall von Vitiligo mit Canities infolge von Druckwirkung.** Der Patient hatte in seiner Kindheit ein Leistenbruchband getragen. An den Stellen, wo durch dieses letztere ein stärkerer Druck ausgeübt wurde, haben sich Vitiligoplaques entwickelt, und die Haare sind weifs. Offenbar hat der konstante Druck eine Ernährungsstörung in den Zellen des Rete Malpighii, sowie in denen der Haarwurzel verursacht, und zwar zu einer Zeit, als sie in voller Entwickelungskraft begriffen waren. Es mufs aber aufserdem eine besondere Prädisposition angenommen werden, sonst würden alle Kinder mit Bruchbändern an Vitiligo leiden.

(Übersetzt von C. Müller-Freiburg [Schweiz].)

Fachzeitschriften.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

März 1895.

I. **Latente Blennorrhoe bei Frauen**, von W. R. Pryor-New York. Die latente Blennorrhoe bei Frauen kann eine Zeitlang unerkannt bleiben und symptomlos verlaufen, braucht weder makroskopische, noch mikroskopische Veränderungen aufzuweisen, um dann unter gewissen günstigen Bedingungen wieder akut zu werden. Solche günstige, die Widerstandsfähigkeit der blennorrhoisch inficierten Gewebe herabsetzende Bedingungen sind gegeben durch Operationen, stürmischen Coitus, Geburten etc., bei denen es zu Verletzungen der Schleimhäute und zur Autoinfektion mit den in versteckten Schleimdrüsen, Lakunen schlummernden Gonokokken kommen kann. Verfasser zeigt an Beispielen aus seiner Praxis, welche bedenkliche Konsequenzen aus der Vernachlässigung einer latenten Blennorrhoe, sowohl für die Umgebung der Patientin, wie für diese selbst, entstehen können.

II. **Epithelioma des Penis**, von E. Martin-Philadelphia. Der 62jährige Patient scheint erblich nicht belastet zu sein, hatte niemals Syphilis gehabt. Vor acht Jahren etwa bemerkte er an der Innenfläche der Vorhaut nahe der Präputialöffnung einen kleinen roten Fleck, der nicht hart war und sehr wenig Beschwerden bereitete. Er breitete sich stetig gegen den Sulcus coronarius hin aus, ulcerierte und wurde schmerzhaft. Nach und nach wurde die Ulcerationsfläche gröfser und härter. Die Behandlung mit Ätzmitteln und Salben hatten für einige Zeit guten Erfolg, später aber recidivierte die Affektion. Weder die Inguinaldrüsen, noch die Dorsallymphstränge des Penis waren merklich vergröfsert. In den letzten sechs Monaten bereitete das Gewächs durch ausstrahlende Schmerzen dem Patienten erhebliche Beschwerden, so dafs Verfasser sich zur Radikaloperation entschlofs. Die Amputatio penis wurde in der Mitte der Pars pendula und etwa $1^1/_2$ Zoll hinter der hinteren Begrenzung des Tumors nach der üblichen Methode vorgenommen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein typisches Epithelialcarcinom.

Neun Monate sind seit der Operation verstrichen, ohne dafs ein Recidiv aufgetreten wäre.

Verfasser bespricht die Ätiologie des Peniscarcinoms. Phimosis giebt, wie in dem vorliegenden Falle, eine Prädisposition für die Entwickelung der Krankheit ab. Doch werden Fälle in der Litteratur gemeldet, in denen ein direktes Kontagium kaum geleugnet werden kann.

Die Prognose ist günstig, wenn die radikale Operation rechtzeitig vorgenommen wird.

Verfasser stellt zwei Schlufsthesen auf:

1. Es ist nicht gerechtfertigt, die Möglichkeit eines Kontagiums beim Carcinoma penis zu leugnen.

2. Wenn die Amputatio penis notwendig wird, so sollen auch gleich die Inguinaldrüsen beiderseits exstirpiert werden, auch wenn dieselben keine merkliche Vergröfserung zeigen.

III. **Leukoplasie und ihre Beziehung zur Syphilis**, von G. F. Lydston-Chicago. Die im Zusammenhang mit der Syphilis und als Symptom derselben auftretenden Plaques opalines im frühen Stadium der Krankheit sind wohl charakterisiert

und im allgemeinen gut gekannt. Weniger verständlich ist die Leukoplasie oder Leukoplakie postsyphilitischen Charakters. Da sie sich unter einer antiluetischen Kur nur wenig beeinflussen läßt, so müssen bei ihrer Entwickelung noch andere Faktoren mitwirken. Thatsächlich zeigen namentlich solche Syphilitiker, welche dem Tabakrauch und alkoholischen Getränken ergeben sind, eine grofse Prädisposition für die postsyphilitische Leukoplasie. Die letztere ist nach der Ansicht des Verfassers wesentlich als eine nicht syphilitische Neubildung auf syphilitischer Basis anzusehen und charakterisiert durch weifse Plaques von hyperplastischem Epithel oder aber auch durch mehr oder weniger tiefe und ausgedehnte Fissuren mit Rändern von hyperplastischem Epithel. Die Plaques sehen später glatt, glänzend, trocken aus und finden sich nicht selten auch bei Patienten, die zu viel mit Merkur behandelt worden sind. Eine Abart der postsyphilitischen Neubildung tritt in der Form von deutlich umschriebenen, mehr oder weniger grofsen und ausgedehnten Knötchen auf, welche die Neigung haben, sich längs der Zungenränder zu entwickeln. Sie werden häufig für Gummata gehalten, gehen jedoch nicht, wie diese, eine Resorption, oder Vereiterung oder Nekrosis ein, sondern werden durch Bindegewebe ersetzt. Diese Neoplasmen persistieren meist und können unter gewissen lokalen Reizen und trophoneurotischen Störungen einen malignen Charakter annehmen, weshalb Verfasser die knotige Varietät der Leukoplasie als eine „präcarcinomatöse" bezeichnet hat.

Bei der Behandlung der Leukoplasie der Schleimhäute müssen einige Faktoren berücksichtigt werden:

1. Die vielleicht noch in gewissem Grade bestehende Aktivität der ursprünglichen, konstitutionellen Syphilis.

2. Die Beziehung der früheren antisyphilitischen Behandlung (vielleicht Übermafs von Quecksilber) zu den gegenwärtigen Läsionen.

3. Das Vorhandensein einer Tropho-Neurosis, sei es als Resultat der Syphilis, ihrer Behandlung oder wahrscheinlicher einer Idiosynkrasie.

4. Die Beziehung zu lokalen Reizen, wie Tabak, Alkoholica, scharf gewürzten Speisen, Ätzmitteln.

5. Unsere ganze Aufmerksamkeit beanspruchen diejenigen Neoplasmen, welche sich unabhängig von den vorerwähnten Faktoren entwickeln. Eine sachgemäfse, frühzeitige, hauptsächlich radikale Behandlung vermag dem Entstehen einer malignen Geschwulst vorzubeugen.

IV. **Ein Fall von Keloid aus ungewöhnlicher Ursache**, von J. Block-Kansas City. Die 14jährige, wohlgenährte und aufsergewöhnlich gut entwickelte Patientin stammt von gesunden Eltern. Sie war vor einiger Zeit vom Blitze getroffen worden, wobei ihre Kleidung verbrannte. Die unmittelbaren Folgen des Blitzschlages waren konvulsivische Zuckungen, Bewufstlosigkeit, Lähmung. Sie erholte sich jedoch vollständig, so dafs keine Spur einer nervösen Störung zurückblieb. Wohl aber zeigten der Hals, an welchem die Patientin zur Zeit des Blitzschlages eine goldene, durch den Blitz völlig eingeschmolzene Kette getragen hatte, ferner auf dem Rücken und an den Nates Anzeichen einer stattgehabten Verbrennung. Dieselbe mufste eine oberflächliche gewesen sein, da sie eigentlich keine Narbe, höchstens eine schwache Entfärbung der Haut hinterliefs. Innerhalb des Bezirkes der verbrannten Stelle sah man hier und da verschieden erhabene keloidartige Tumoren von purpurroter Farbe und glatter, glänzender Oberfläche. Die Tumoren waren scharf begrenzt, auf Druck etwas schmerzvoll, mit der Haut verschiebbar und bildeten namentlich an den Nates zusammenhängende, erhabene, baumartige Verzweigungen. Einzelne der Keloide verursachten Brennen und Jucken. Verfasser kann diese Keloide zwar nicht direkt für idiopathische, aber ebensowenig für Narbenkeloide ansehen, weil die Ver-

brennung nur die obersten Hautschichten ohne konsekutive Narbenbildung getroffen hatte.

V. **Rapides Wachstum eines Naevus vasculosus**, von B. Foster - St. Paul. Bei der Geburt des jetzt 22 Wochen alten Kindes war auf der Haut nichts zu sehen. Etwa zwei Tage nach der Geburt zeigte dasselbe am oberen rechten Augenlide einen sehr kleinen, roten Fleck, der in den folgenden Wochen rasch an Gröfse zunahm und jetzt die ganze rechte Stirn-Parietal- und Temporalseite bis herab zur Mitte der rechten Wange einnimmt. Hier und da sieht man im Naevus gangränöse Stellen, von denen eine das ganze rechte Ohr nahezu vollständig zerstört hat.

Verfasser glaubt, dafs man Naevi gleich im Entstehen, wenn sie auch noch so klein sind, radikal beseitigen sollte. *C. Berliner-Aachen.*

Clinica dermosifilopatica della reale Università di Roma.
Heft 1. 1895.

Entzündliche und kongenitale Phimose, von Frattali. Von den drei ausführlich beschriebenen Fällen beziehen sich zwei auf die erstere und ein auf die letztere Gattung der Phimose. Als Ursache der entzündlichen Phimosen war eine chronische Urethritis posterior nachzuweisen, welche infolge des Abflusses infektiöser Keime eine chronische Entzündung am Präputium unterhielt. Der dritte Fall soll die Vorzüglichkeit der Cirkumcisionsmethode von Campana illustrieren, welche in folgender Weise ausgeführt wird: Vom Präputialrand wird ein ½ Centimeter breiter Streifen entfernt; in die zurückbleibende, der Glans anhaftende pseudomuköse Lamelle wird auf der Mitte des dorsalen und des unteren Anteiles je ein longitudinaler Einschnitt gemacht, die auf diese Weise entstehenden Winkel abgetragen und erst dann der kutane Wundrand mit dem mukösen vernäht.

Campana beschreibt einen typischen Fall von **Lepra anaesthetica** nach Abheilung des tuberkulösen Stadiums.

Erythema polymorphum phlyctaenoides, von Carruccio. Morphologisch zeichnete sich der Fall (18jähriger Bursche) aus durch das Vorherrschen der phlyktaenulären Elemente über die erythematösen (bis markstückgrofse Blasen auf allen vier Extremitäten), wodurch derselbe viel Ähnlichkeit zeigte mit der Hydroa von Bazin und durch den hämorrhagischen Inhalt der Blasen. Die bakteriologische Untersuchung des Inhaltes der geschlossenen Blasen ergab das Vorhandensein von staphylokokkenähnlichen Mikroorganismen im Innern von Leukocyten und Epithelvakuolen; dieselben lieferten auf verschiedenen Nährböden gelbe, orangegelbe und weifse Kolonien.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über Scabies und paraskabiöse Zustände, von H. Leloir. (*Bull. méd* 1894. No. 58—60.) In dieser sehr detaillierten und erschöpfenden Beschreibung bespricht Verfasser zunächst die eigentliche Scabies-Eruption und dann die sog. paraskabiösen Dermatosen oder Folgezustände der Acarusinfektion, welche den Parasiten überleben und einer besonderen Behandlung bedürfen. Sie zerfallen in:

1. Die Dermatoneurosen (Pruritus);
2. die Dermiten (ekzematöse Dermitis; Lichenisierung der Haut);
3. Pyodermiten (Impetigo, Ecthyma).

Eine längere Beobachtung wird ferner den Anomalien gewidmet. Diese Anomalien beziehen sich:

a) Auf ihre objektiven Erscheinungen (bedeutendere oder geringere Intensität derselben, Freibleiben der Prädilektionsstellen, Anomalien nach gewissen Krankheiten, besonders nach den Infektionskrankheiten);

b) auf ihre subjektiven Erscheinungen (Fehlen des Pruritus);

c) auf besondere Parasitenvarietäten (Sarcoptes equi, lupi, suis, cameli, caprae, etc.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Akarophoben, von C. Thibierge. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.* 1894. S. 373.) Thibierge weist darauf hin, dafs viele Menschen sich einreden, die Krätze zu haben. Manchmal handelt es sich dabei um Leute, die früher schon an der Scabies gelitten haben; bisweilen sind sie wirklich noch nicht ganz davon befreit, bisweilen leiden sie an einem der Krätze ähnlichen Ausschlag; auch im letzteren Fall soll man sie, um sie zu überzeugen, eine milde spezifische Kur durchmachen lassen, falls ihr derzeitiger Zustand es gestattet. Andere Skabiophoben, die niemals an Krätze gelitten haben, glauben dem Arzte leichter. Endlich kommt auch noch in der Kokainomanie ein Zustand vor, in welchem die Patienten die Empfindung haben, als ob ihnen kleine Tierchen unter der Haut krabbelten. *Türkheim-Hamburg.*

Über allgemeine exfoliative Dermatitiden, von M. Oro. (*Giorn. ital. de mal. ven. e d. pelle.* 1892/94.) In seiner umfangreichen Arbeit kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Es giebt eine ganze Gruppe sog. essentieller Dermatosen, welche durch diffuse Rötung der Haut und nachfolgende reichliche lamellöse Desquamation charakterisiert sind: die allgemeinen exfoliativen Dermatitiden.

2. Diese Gruppe enthält drei hauptsächliche klinische Einheiten:

a) die akute allgemeine exfoliative Dermatitis, oder Dermatitis scarlatiniformis recidivans;

b) die primäre oder subakute allgemeine exfoliative Dermatitis (Wilson-Brocq);

c) die sekundäre allgemeine exfoliative Dermatitis, oder exfoliativer Herpes von Bazin.

3. Die Dermatitis scarlatiniformis recidivans ist eine selbständige klinische, gutartige, erythematöse Form.

4. Die Wilson-Brocqsche Dermatitis bildet eine klinisch wohl umschriebene „entité morbide" totius substantiae. Sie ist meist fieberhaft, tritt plötzlich auf und ist durch eine intensive Rötung der ganzen Haut charakterisiert, auf welche ziemlich reichliche lamellöse Desquamation folgt. Komplikation: Abfall von Nägeln und Haaren, Hautabscesse, schwere allgemeine Erscheinungen (Prostration, Abmagerung, Seh- und motorische Störungen etc.).

5. Anatomisch kennzeichnet sich die Wilsonsche Affektion durch Atrophie des Rete mucosum, reichliche kleinzellige Infiltration des Derma, Verschwinden der Talgdrüsen, schwere Veränderungen der Nervensubstanz (Myelitis, parenchymatöse Neuritis etc.). Nach unseren Untersuchungen bleibt das Stratum granulosum erhalten.

6. Die von Quinquaud und von uns gefundenen Veränderungen des Nervensystems bei der Wilsonschen Affektion müssen als primäre aufgefafst werden und können für sich die Symptomatologie der Krankheit erklären.

7. Die Wilsonsche Affektion ist eine Dermatoneurose (Trophoneurose).

8. Die bakteriologischen Untersuchungen sind bis jetzt negativ ausgefallen.

9. Das pathogene Agens ist noch unbekannt.

10. Die sekundäre allgemeine exfoliative Dermatitis (exfoliativer Herpes von Bazin) ist stets ein Folgezustand anderer chronischer Affektionen (Ekzem, Psoriasis, Pemphigus, Lichen etc.).

11. Man unterscheidet zwei klinische Varietäten derselben:

a) eine stets letal verlaufende Form (exfoliativer Herpes von Bazin, maligne allgemeine exfoliative Dermatitis).

b) eine benigne Form, welche in einem nicht so weit vorgeschrittenen Stadium der Grundkrankheit auftritt, welche entweder ihre erste Gestalt wieder annimmt oder, was seltener ist, gänzlich verschwindet (benigne sekundäre allgemeine exfoliative Dermatitis). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Das Eccema des äufseren Gehörganges, von Dr. Hermet. (*Soc. de Laryngologie et Otologie de Paris.*) Verfasser berichtet über eine 15jährige Beobachtung des Ekzems des äufseren Gehörganges und findet, dafs dieses Leiden viel häufiger ist, als man im allgemeinen annimmt. Nur solche Individuen leiden daran, die überhaupt zu Dermatosen geneigt sind. Als Gelegenheitsursache genügen oft geringe Diätfehler. Häufig entsteht das Ekzem nach Anwendung antiseptischer Ausspritzungen bei Otitis media. Bei Nachlafs der Ausspülungen hört dann auch das Ekzem auf. Auch der Eiter einer Mittelohr-Entzündung, der zu lang im Ohr verweilt, kann ein Ekzem hervorrufen; endlich werden auch noch die Kälte und lange fortgesetzter Leberthran-Gebrauch beschuldigt.

Das Ekzem ist im ganzen sehr häufig. H. unterscheidet zwischen einem Eccema siccum und einem Eccema humidum, die sich aber subjektiv kaum voneinander unterscheiden; objektiv besteht in dem letzteren Fall starker wässeriger Ausfluſs. Die wichtigste und unangenehmste Komplikation bildet der Furunkel. Die vom Verfasser angewandte und warm empfohlene Therapie für das Ekzem sowohl, wie für den Furunkel besteht in folgendem: Das Ohr wird vorgängig mit warmem Wasser gereinigt, alsdann wird mit einer 10%igen Höllensteinlösung durchtränkter Wattepfropfen in den Gehörgang eingeführt und nach 24 Stunden wieder entfernt. Nur in seltenen Fällen mufs das Verfahren noch einmal wiederholt werden.

Türkheim-Hamburg.

Eccema und Sommerhitze, von Jonathan Hutchinson. (*Arch. of surg.* 1893. S. 140.) Es werden mehrere Fälle verschiedener Ausschlagsformen mitgeteilt, in denen allen die sommerliche Hitze einen verschlimmernden Einfluſs ausübte.

Türkheim-Hamburg.

Über Epidemien von Eccema-Erysipelas, von Jonathan Hutchinson. (*Arch. of surg.* 1893. S. 24.) H. weist auf das Vorkommen gröfserer Epidemien einer Mischinfektion von Ekzem und Erysipel hin, wie sie in verschiedenen Londoner Asylen letzthin zur Beobachtung gekommen sind. Bei dieser von Person zu Person leicht übertragbaren Krankheit sind die befallenen Teile — Gesicht, Extremitäten, zuweilen der ganze Körper — stark geschwollen, es kommt, wie beim Erysipel, unter fieberhaften Allgemeinerscheinungen zur Blasen- und Krustenbildung mit nachfolgender Abschilferung, während der weitere Verlauf mehr dem des Ekzems entspricht. Die Heilung erfolgt meistens von selber; die Erkrankten standen alle im vorgerückten Alter. Hutchinson betont zum Schluſs noch einmal die hybride Natur dieser erysipelatösen Erkrankung. *Türkheim-Hamburg.*

Typisches Ekzem im Medianus- und Radialisgebiet, beiderseits symmetrisch entwickelt, von L. Brocq. (*Med. Week.* 1894. II. S. 346.) Deutliche Herabsetzung

der Tast- und Schmerzempfindung. Taubheit und Schwere der oberen Extremitäten; spontan und bei Bewegung heftige Schmerzen. Medianus in seinem Verlaufe druckempfindlich. Ulnarisgebiet vollkommen intakt. Der Fall wird als trophoneurotische Störung im Anschluſs an Neuritis aufgefaſst und beweist die wichtige, pathogenetische Rolle des Nervensystems bei dem Entstehen gewisser Ekzemformen.

H. Einhorn-München.

Prädisponierend für den Ausbruch eine **Ekzems** können wirken nach E. M. Alger Magen- und Darmaffektionen, alle Sekretionsstörungen, konstitutionelle Erkrankungen, nervöse Einflüsse, Uterusverlagerungen, Varicen. Die Behandlung darf demnach nicht eine ausschlieſslich lokale sein. Regulierung der Diät, Beschränkung der Nahrungsaufnahme, besonders hinsichtlich der Fett- und Kohlehydratezufuhr, reichliche Flüssigkeitsaufnahme. Verbot des Alkohols. Verdauungsstörungen, Gichtiker und Rheumatiker müssen speziell berücksichtigt werden. Zur Herabsetzung der intestinalen Fermentationsprozesse und Erleichterung der Harnsäureausscheidung werden kleine Dosen Natrium salicylicum empfohlen. Bei Konstipation und Anämie, Magnes. sulf. 22,5, Ferr. sulf. 3,75, Ac. sulf. dil. 7,5, Syr. Pruni Virg. 30,0, Aq. dest. ad 120,0, nach dem Essen 1 Kaffeelöffel voll zu nehmen; bei Sekretionsstörungen irgend welcher Drüsen Kalomel. Arsenik erweist sich nur in wenigen chronischen Fällen von Wert.

Die lokale Behandlung ist die gewöhnliche. (*Amer. med.-surg. bull.* 1. Dezember 1894.)

H. Einhorn-München.

Kasuistische Mitteilungen, von Hermann Stillmark. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1894. No. 51.) Der Verfasser berichtet über sechs **Ekzemfälle**, die durch Anwendung der Antiseptica hervorgerufen wurden. Es sind sechs Ärzte, die ihre Krankengeschichten dem Verfasser zur Verfügung stellten. Aus diesen sei einiges hervorgehoben.. Dr. Treymann bewährte sich zur Juckstillung am besten heiſses Wasser, zwei- bis viermal täglich angewandt, auſserdem Borglycerinlösung (Acid. boric. 2,0, Aq. dest., Glycerin ā 50,0), Waschen mit Sargscher Glycerinseife und lauwarmen Wasser zur Reinigung, Verbannung von Handschuhen. Dr. Westphalen rühmt konstante Anwendung des Eisbeutels, auch vier- bis fünfmal täglich fünf Minuten dauernde Irrigation mit eisigem Wasser.

Dr. F. Krüger lobt nur Bepudern und Luftabschluſs. Der Verfasser hat vom Eisbeutel nichts Gutes gesehen, empfiehlt, alles zu vermeiden, was venöse Stase hervorzurufen vermag. Sehr günstig wirkt eine Anregung der Herzthätigkeit durch körperliche Bewegungen. Einführen gröſserer Flüssigkeitsmengen wirkt schädlich. Abhärtend wirkt körperliche Arbeit. Nötig ist es, die Fingernägel kurz zu schneiden. Sehr vorteilhaft ist fleiſsiges Bestreichen der erkrankten Haut mit Hühnereiweiſs. Das Tragen von Gummihandschuhen bei kleineren Operationen ist empfehlenswert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Behandlung des Ekzems, von J. Braun. (*Allg. med. Centralztg.* 1894. No. 82.) Verfasser weist zunächst auf die Schwierigkeit der Behandlung der seborrhoischen Ekzeme des Kopfes und Gesichtes hin. Sehr gute Resultate hat er aber dabei durch Waschungen mit Kummerfeldschem Wasser (Sulf. praecipit. 12,0, Camphor 1,0, Mucil. gumm. arabic. 6,0, Aq. calcis, Aq. rosar. ā 100,0) erzielt. Sodann geht der Verfasser zur Besprechung der Ekzeme der Flachhand und Finger bei Arbeitern über, die zu Schwielen- und Schrundenbildung führen. Hier führen milde Salben nicht zum Ziel. Nur Kal. caust. (1 : 2) übt eine spezifische Wirkung aus. Die Kranken werden einmal damit energisch gewaschen, darauf auf die wunde Haut 1% Lapissalbe appliciert, bis die Haut vernarbt. Dasselbe Verfahren ist bei den Ekzemen am Scrotum und Perineum indiciert; hier kann man auch Sapo viridis mit Erfolg anwenden. Es tritt eine sehr schmerzhafte akute Entzündung ein, welche

Bettruhe und kalte Umschläge erheischt. Stellt sich mit beginnender Vernarbung wieder Juckreiz ein, dann verordnet man Ung. sulfur. Wilkinsonii. Die Ätzung mit Kal. caust. oder die Maceration mit Sapo viridis muſs wiederholt, die Nachbehandlung sorgsam geleitet werden. Die mit Conjunctivitis lymphatica einhergehenden Gesichtsekzeme werden durch Lanolincrême allein sehr günstig beeinfluſst; damit wird die Haut zweistündlich bestrichen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Praktische Winke zur Behandlung des Ekzems, von Emile Aronson. (*New York. med. Monatsschr.* Oktober 1894.) Nach einer kurzen Erörterung der Ätiologie des Ekzems bespricht Verfasser die Therapie desselben, sich dabei an die neuere Litteratur haltend. Interessantes bietet die Besprechung wenig, zumal dieselbe nicht nach bestimmten Gesichtspunkten erfolgt, die verschiedenen Stadien nicht berücksichtigt. Der Unerfahrene findet aber hier eine Reihe guter Verordnungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung des Ekzems mit Guttaperchapapier, von Coffin. (*Gas. hebd. de Méd. et de Chir.* 28. April 1894.) Das nässende Ekzem heilt am besten unter Luftabschluſs; dieser läſst sich mit dem Guttaperchapapier sehr schön herstellen. Man legt dasselbe auf, nachdem man die erkrankten Stellen vorher mit schwacher Borsäurelösung gereinigt hat. Es genügt ein ein- bis zweimaliger Verbandwechsel innerhalb 24 Stunden, wobei jedesmal sowohl der Ausschlag, wie auch das Papier sorgfältig gesäubert werden müssen. Tennesson empfiehlt dagegen einen zweistündlichen Verbandwechsel. Wenn der Ausschlag nicht mehr näſst, die Haut sich trocken und weich anfühlt, so muſs man zu anderen Behandlungsarten übergehen. *Türkheim-Hamburg.*

Über Pityriasis rosea Gibert, von M. Oro und L. Mosca. (*Com. clin. d. mal. cut. e gen.-ur.* 1894. No. 2 u. 3.) In ihren „klinischen, pathologisch-anatomischen, bakteriologischen und experimentellen Untersuchungen" kommen die Verfasser zu folgenden Resultaten:

1. Die Pityriasis rosea ist eine benigne, makulo-squamöse, wahrscheinlich nicht recidivierende erythematöse Affektion.

2. Die bakteriologischen und experimentellen Untersuchungen mit Schuppen, Gewebe und Blut sind negativ ausgefallen.

3. Obgleich die Pityriasis rosea durch ihren cyklischen und sich scheinbar an gewisse Jahreszeiten (Frühling und Sommer) haltenden Verlauf sich wie die Exantheme zu verhalten scheint, fehlen ihr doch die Hauptmerkmale, so daſs wir sie eher als eine pseudoerythematöse Affektion betrachten müssen.

C. Müller - Freiburg (Schweiz).

Pityriasis rubra mit Solanum nigrum behandelt, von Dhargalkher. (*Indian. med. and chir. Rev.* April 1894, nach *Am. med.-surg. bull.* 15. Oktober 1894.) Die Affektion besteht seit zwölf Jahren auf Brust und Rücken und ist noch im Fortschreiten begriffen; Haut trocken und rauh, von kleienartigen Schuppen bedeckt, nirgends Erosionen oder Exsudation. Der ganze Körper wurde mit dem Saft der Pflanze eingerieben, die besonders ergriffenen Stellen mit den zerstoſsenen Blättern bedeckt. Vegetabilische Nahrung mit besonderer Bevorzugung von Solanum. Nach einer Woche waren die Schuppen verschwunden und nach 14 Tagen die Heilung vollständig.

Von Sanskritautoren werden dem Pflanzensaft tonische und diuretische Fähigkeiten nachgerühmt. Dosen von 200 g sollen chronische Leberschwellungen, kleinere Dosen (30—60 g) chronische Hautkrankheiten, wie Psoriasis, günstig beeinflussen.

H. Einhorn-München.

Die Menge des Hämoglobins in den roten und weifsen Blutkörperchen bei der Psoriasis, von ZELENEW. (*Journ. de méd. milit. Russe.*) Z. hat mit dem GLANSchen Apparat das Blut von sechs Psoriasiskranken untersucht. Solange die Krankheit in Blüte stand, war das Hämoglobin immer vermindert, die Zahl der weifsen Blutkörperchen immer vermehrt, gleichviel ob die Patienten mit Arsen behandelt wurden oder nicht. Bei beginnender Heilung näherten die Verhältnisse sich wieder dem Normalen. Verfasser schliefst daraus, dafs die Heilkraft des Arsens bei der Psoriasis nicht durch eine Beeinflussung des Blutes erzielt wird.

Türkheim-Hamburg.

Psoriasis, von J. V. SHOEMAKER. (*Med. News.* 19. Mai 1894.) In der Jahresversammlung der Medical Society of the State of Pennsylvania zeigte Dr. SHOEMAKER sechs Patienten mit Psoriasis. Er führte die Hautaffektion bei diesen Kranken auf verschiedene Primärleiden zurück, bei dem einen auf Neurasthenie, bei dem anderen auf Rheumatismus und eine gichtische Diathese, ferner auf gastro-intestinale Störungen etc. Alle Kranke befinden sich jetzt bei einer gegen das Grundleiden gerichteten Therapie in der Besserung. Der Rheumatiker nimmt jetzt Flores sulphuris 0,6 nebst Cremor tartari 0,06 mit gutem Erfolg; bei früherer Gelegenheit war er mit Jodkalium geheilt worden. Der Dyspeptiker nimmt Acidum muriaticum dilutum und Liquor pepsini vor, und Strychninum sulphuricum nach den Mahlzeiten. Ein Patient hatte mit gutem Erfolge gebratene Schilddrüsen gebraucht, doch kann Vortragender eine Erklärung für die Wirksamkeit derselben nicht geben.

Philippi-Remscheid.

Ein Fall von Psoriasis im Alter von zwei Jahren und fünf Monaten, von C. M. RAMBO. (*New York med. Journ.* 13. Oktober 1894.) Kurzer Bericht über einen im übrigen gesunden Knaben, der an den Streckseiten aller Extremitäten, sowie auf der Schulter und am rechten Ohr charakteristische Psoriasisflecke darbot. Nach Aussage der Mutter hatte die Affektion begonnen, als das Kind 2¼ Jahre alt war, zwei Monate vor der ersten ärztlichen Untersuchung. Im Anfang hatte auch etwas Juckreiz bestanden. Eine siebenjährige Base und die Grofsmutter des Kindes hatten an derselben Affektion gelitten.

Philippi-Remscheid.

Über das Verhältnis von Psoriasis zu Gelenkerkrankungen, von C. GERHARDT. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 38.) Die mannigfachen Beziehungen von Gelenkerkrankungen zu inneren Leiden lassen vorläufig vier Hauptgruppen unterscheiden:

1. Infektionskrankheiten, obenan diejenigen, bei welchen Spaltpilze in den erkrankten Gelenken nachgewiesen werden können. Dahin zählen: a) Tuberkulose, Septikopyämie, Blennorrhoe; b) Scharlach, Syphilis, Pocken, Masern, Ruhr, Parotitis etc.

2. Chemisch wirkende Gifte, so Harnsäure, Zucker, Blei und Quecksilber; wahrscheinlich zählen auch manche Gelenkaffektionen nach Infektionskrankheiten in diese Gruppe.

3. Gehirn- und Rückenmarksleiden, so Myelitis, Tabes, Hemiplegie etc.

4. Hämorrhagische Diathese, Hämophilie, Skorbut, Purpura.

Die Auffassung der Psoriasis als Pilzaffektion dürfte wohl kaum noch festzuhalten sein nach dem negativen Ergebnisse aller darauf gerichteten Untersuchungen. Für die Auffassung der Psoriasis als Nervenkrankheit spricht die Vererbung, die fehlende Ansteckungsfähigkeit, der Ausbruch auf örtliche Reizung, wie bei der Urticaria, und das Vorkommen bei nervös belasteten Personen. H. EMMINGHAUS hat auf Angstanfälle bei Psoriatikern hingewiesen; auch Vortragender hat das gesehen. Die Kombination mit Asthma ist jüngst wieder beobachtet, wie bei Menschen, die in der Kindheit ausgebreitete Ekzeme gehabt haben. POLOTEBNOFF erwähnt noch eine Reihe

weiterer Nervensymptome. Bourdillon hat 36 Arthropathien zusammen mit Psoriasis berichtet, Alibert, Rayer, Gibert, Cazenave, Devergie haben dasselbe beobachtet Bazin stellt eine Psoriasis arthritica einer Psoriasis herpetica gegenüber. Von den 36 Fällen Bourdillons betrafen 27 Männer, 6 Frauen; die Gelenkerkrankung begann 29 Mal nach, viermal mit der Psoriasis, nur selten vor ihr; niemals trat sie vor dem 20. Lebensjahre auf. Viele waren neuropathisch belastet, einige in der Jugend mit Neurosen afficiert. Die Psoriasis war meist ausgebreitet, befiel gleichzeitig die Nägel. Die Gelenkerkrankungen begannen meist mit Schmerz, führten zu Kontrakturen, befielen stark die Phalangealgelenke, besonders an den oberen Gliedmafsen, wiederholten sich in mehrmonatlichen Anfällen, liefsen das Herz frei, heilten weder auf Salicylsäure, noch auf Arsen. Laugdauernde Bäder mit 40—80% Borax werden sehr empfohlen. Wer solche Fälle gesehen, wird den Zusammenhang zugeben. Häufig ist diese Psoriasisform nicht. Schütz hat unter 100 Fällen einmal Gelenkerkrankung beobachtet.

Die Gelenkaffektionen sprechen für keine parasitäre Entstehung der Psoriasis, sondern sind nach Bourdillon nervösen Ursprunges.

Der Verfasser berichtet drei Fälle von Psoriasis mit Gelenkleiden:

1. 21jähriger Sattler, seit seinem neunten Lebensjahre psoriatisch, bekam im 16. Lebensjahre Gelenkschwellungen, die sich mehrmals wiederholten. In der Klinik wurde Arsenik, Jodkalium etc. ohne Erfolg gegeben. Der Fall war ein schwerer, die Haut dunkel, sehr stark schuppend, Nägel erkrankt, die Arthritiden sehr hartnäckig.

2. 25jähriger Hausdiener, seit dem 16. Lebensjahre psoriatisch, bekam Gelenkschwellungen mit Tabes; dauernde Besserung auf Phenacetin.

3. Dieser Patient zeigt neben Psoriasis Angstzustände mit Atemnot, vorübergehende Bewufstlosigkeit und Krämpfe, zuweilen Zittern, Kopfschmerzen.

4. 55jähriger Gärtner, seit 30 Jahren psoriatisch, leidet an „fliegendem Rheumatismus", der meist nur wenige Tage anhält. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung eines Psoriasisfalles mit Thyreoidextrakt, von Auld. (*Brit. med. Journ.* 7. Juli 1894.) Verfasser hat nach der Vorschrift von Byrom Bramwell einen Fall von Psoriasis, die jedes Jahr im Februar von neuem zum Ausbruch kam, mit Thyreoidextrakt in Tabletten behandelt und ohne jedes andere Mittel ein positives Resultat erzielt. Schon nach Ablauf einer Woche war jede Spur der Psoriasis verschwunden. *C. Berliner-Aachen.*

In der Diskussion über einen **Fall von Heilung einer Psoriasis durch den Gebrauch von Thyreoid-Extrakt**, der von Dun in der Glasgow-medical-chirurgical Society vorgestellt wurde, behauptete Charles Workman, dafs der Fall unter gewöhnlicher Behandlung vielleicht rascher geheilt wäre, und dafs manchmal die günstigen, hygienischen Bedingungen des Spitals allein im stande wären, eine Heilung einer Psoriasis ohne jedes ärztliche Mittel herbeizuführen, was von allen sonstigen Rednern in Abrede gestellt wird.

Madoch Cameron teilt einen weiteren Fall mit, der unter der Behandlung mit Schilddrüsenextrakt keine Besserung zeigte. *H. Einhorn-München.*

Die Psoriasis und ihre Behandlung nach dem Brown-Séquardschen Verfahren, von Bouffé. B. betrachtet die Psoriasis als eine nervöse Affektion und hat dabei eine Zunahme der eosinophilen Zellen beobachtet (16—17% statt blofs 5—7%). Dementsprechend hat er einige Psoriasisfälle mit Injektionen von Hodensaft behandelt und — selbstverständlich — gute Resultate erzielt. (?). (*Presse méd. belge.* 1894. No. 35.)
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Behandlung der Psoriasis empfiehlt W. S. Gottheil (*Atlanta med. and surg. journ.* Oktober 1894) die innerliche Darreichung von Ichthyol in Verbindung mit asiatischen Pillen. (℞ Ammon sulf. ichthyol. 7,0, Acid. arsenicos. 0,18, Piper. nigr., Pulv. Rad. Liq. ā 3,6, f. pil. No. 60). Aufserdem wird täglich im warmen Vollbade die Haut mittelst Schmierseife von den Schuppen gereinigt, hierauf mit Ol. rusci s. cadini 7,0, Spirit. vin., Äther ā 20,0, Spirit. Lavand. gutt. X eingerieben, worauf der Patient wieder in das Bad zurückkehrt, wo er eine halbe Stunde bleibt. Nach dem Abtrocknen wird Anthrarobin s. Chrysarobin 1,0 auf Traumaticin oder Collod. elastici 10,0 eingepinselt. Ist die Psoriasis auf die Prädilektionsstellen beschränkt geblieben, so wird nach der Entfernung der Schuppen einfach 10% Chrysarobinpflastermull aufgelegt, der täglich zu erneuern ist. *H. Einhorn-München.*

Das Chrysarobin bei der Psoriasis, von Feliciani. (*Rif. med.* 1894. No. 267.) Verfasser berichtet über einige Fälle von Psoriasis, welche an der dermosyphilopathischen Klinik in Rom mit diesem Medikamente behandelt wurden. Der Erfolg war stets ein rapider. Die Chrysarobinsalben wurden bei Essigsäurezusatz gleichzeitig mit Teer angewendet; dieser letztere allein wirkt viel langsamer. Von der Essigsäure konnte Verfasser keinen anderen Effekt beobachten, als eine Erleichterung der Abschuppung. Der interne Gebrauch des Jodkaliums wirkt nur selten günstig und ist aufserdem viel zu kostspielig.

Bei der Anwendung des Chrysarobins bezweckt Verfasser an Stelle einer chronischen eine akute, kurzdauernde, nicht recidivierende Dermatitis zu substituieren. Diese letztere bringt neues kariokinetisches Leben in die epidermidalen Elemente, von denen die weniger resistenten zu Grunde gehen, die widerstandsfähigeren aber zu frischer Lebensthätigkeit angefacht werden.

Vor der Kur erhalten die Patienten ein oder mehrere prolongierte Seifenbäder, während der Kur selbst werden einfache Bäder ohne Seife aber eventuell mit Essigsäure (200,0 pro Bad) verordnet; die Essigsäure wird jedoch erst nach längerem Aufenthalt im Bade zugesetzt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

b. *der Cutis.*

Über eine besondere Form von Acro-Dermatitis hypertrophica in Verbindung mit Gicht, von Jonathan Hutchinson. (*Arch. of surg.* Januar 1894. S. 234.) Der Verfasser teilt eine Reihe von Fällen mit, in denen es zu einer eigentümlichen Knötchenbildung in der Haut der Hände und Füfse, sowie an anderen „Psoriasisgegenden" kam. Daneben bestand entweder Gicht selber oder eine ererbte gichtische Anlage; demnach betreffen die Fälle bald ältere, bald junge Leute oder Kinder. Die Knötchen und Flecken sind mit Psoriasis, Xanthoma und Frostbeulen anatomisch verwandt. Sie entstehen nicht als unmittelbare Geschöpfe der Gicht, sondern sind wohl eher als Eigentümlichkeiten der Gewebe anzusprechen, die erst unter dem Einfluſs der ererbten oder erworbenen gichtischen Anlage zu stande kommen.

Türkheim-Hamburg.

Über die Indikation und Kontraindikation der Anwendung des Pyoktanins bei Hautulcerationen, von Bayot. (*Journ. de méd. zu Paris.* 1893. No. 47.) Verfasser hat vornehmlich das braune Pyoktanin in Anwendung gebracht. Er findet es gut, die ganzen Wundflächen mit Pyoktaninpulver zu pudern, so daſs ein Schorf entsteht, oder mit einem Pyoktaninstift zu bestreichen. Bei starker Eiterung sind konzentrierte Lösungen am besten, die aber häufig erneuert werden müssen. Bei lupösen Geschwüren, die ja gewöhnlich stark granulieren, ohne Neigung zur Heilung zu zeigen, ist die Wirkung des Pyoktanins geradezu überraschend, indem die fungösen

Granulationen schon nach zwei Pinselungen abnehmen. Heilung wurde bei einem syphilitischen Geschwüre schnell erzielt, das sich allen Heilbestrebungen widersetzt hatte. Ebenso bei Erythema infantum. Bei varikösen Geschwüren sind die Resultate ungleich, sind aber im allgemeinen auch bei torpider Beschaffenheit günstige.

Das Pyoktanin ist viel verwendbar, reizt nicht, wirkt nicht toxisch. Es ist antiseptisch und vermag die Zellen, welche Granulationsgeschwülste bilden, zu beseitigen. Es färbt die Zellen um so intensiver, je geringer ihre Lebensenergie ist; Zellen, die sich in regressiver Metamorphose befinden, färbt und tötet es.

Bei fungösen Granulationen jeglicher Art ist das Pyoktanin von keinem Medikament übertroffen; Schmerzen macht es nicht. Bei frischen Wunden und normal granulierenden, bei mit harter Umrandung versehenen ist es kontraindiciert. Bei zwei varikösen Geschwüren wirkte es sehr schmerzstillend. Bei teilweise von Haut bedeckten Wunden ist das Fuchsin vorzuziehen. Die durch Pyoktanin bewirkten Flecken entfernt man leicht mit Alkohol. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Beitrag zur Kasuistik der echten Diphtherie der Haut, von Gustav Zaufal. (*Prag. med. Wochenschr.* 1895. No. 10.) Die Fälle von Diphtherie der Haut, in welchen die Diagnose bakteriologisch festgestellt ist, sind noch recht spärlich. Von Interesse sind die Fälle von Diphtherie von Fingerwunden bei Ärzten, welche sich bei Tracheotomien diphtherischer Kinder inficieren. Park und Wright haben solche beschrieben. Der Verfasser teilt einen solchen Fall von Fingerdiphtherie bei einem an Halsdiphtherie zu Grunde gegangenen Kinde mit. Es liefsen sich neben Kokken Löfflersche Bacillen durch Kulturen züchten, die sehr virulent waren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über skrophulöse Geschwüre der Beine. — Bazinsche Krankheit, von J. Hutchinson. (*Arch. of surg.* 1893. S. 31—42 u. S. 97 ff.) Das von Bazin zuerst als Erythema induratum scrophulosorum beschriebene Leiden wird in dieser Abhandlung von Hutchinson einer eingehenden Prüfung unterzogen. Auf Grund von 17 eigenen hier verwerteten Beobachtungen hält er die Aufstellung dieses neuen Typus für gerechtfertigt. Die bereits bekannte Symptomatologie desselben wird von ihm noch in manchen Punkten ergänzt. Die Krankheit findet sich zwar hauptsächlich bei jungen Mädchen, kommt aber in jedem Alter und auch beim männlichen Geschlechte vor. Die skrophulösen Geschwüre schlagen auch an anderen Körperteilen, als nur an den Beinen, ihren Sitz auf. Ein skrophulöser Habitus ist nicht bei allen Patienten nachweisbar. Es gehört eine viel gröfsere Menge von Fällen in diese Gruppe, nur sind nicht alle so wohlcharakterisiert und werden daher vielfach verkannt. Syphilis hat oftmals ihren Anteil an dem Zustandekommen der Geschwüre. Als Bezeichnung verwirft H. die von Bazin zuerst gewählte Benennung und schlägt dafür, zu Ehren des französischen Gelehrten, den Namen: Bazinsche Krankheit vor.

Türkheim-Hamburg.

Zur Pathologie der Mastdarmulcerationen spricht Schuchardt-Stettin in der Freien Vereinigung der Chirurgen in Berlin, Sitzung vom 12. März 1894. Die Pathologie der meist mit Strikturen einhergehenden Mastdarmstrikturen ist noch immer ziemlich dunkel. Die meisten betrachten sie seit v. Bärensprung als syphilitische; von pathologisch-anatomischer Seite wird dem widersprochen. Auch das Versagen der Antiluetica, das Fehlen der Syphilis in der Anamnese wird als Grund gegen diese Auffassung angeführt. Ponfick hält die Geschwüre für durch Trauma (Coitus praeternaturalis) bedingte; jedoch müfste dann der Sphinkter vor allem betroffen sein, und wäre auch das fast ausschliefsliche Ergriffensein der Frauen nicht zu erklären. — Pölchen sieht die Ursache in perforierter Adenitis und Periadenitis der

Bartholinschen Drüsen. — Nickel glaubt, daſs Verletzungen und Decubitus die Hauptursache sind. (Clysmata; Koprostase.)

Der Vortragende kann die gegen die luetische Natur der Geschwüre angeführten Gründe nicht für stichhaltig ansehen. Positive Kriterien für Syphilis sind die Befunde in den Anfangsstadien des Leidens, die der Vortragende in drei Fällen beobachten konnte. Er berichtet dieselben. Eine 21jährige Patientin mit sekundärer Lues, Papillomen am Anus, zeigt Mastdarmgeschwüre dicht über dem Sphinkter. Bei der Exstirpation findet man die ganze Schleimhaut durchsetzende Ulcerationen. Im zweiten Falle zeigte eine Luetica Mastdarmgeschwüre mit beerenartigen, weichen Wucherungen. Die Geschwüre sind umgeben von schwarzroten, sammetartigen Knoten, die der Vortragende für pathognomonisch hält; ähnliche Bildungen zeigte auch der erste Fall.

Auch der dritte Fall betrifft ein Frühstadium; Geschwürsbildung und die charakteristischen Knoten sind vorhanden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab in allen drei Fällen miliare Gummigeschwülste. Die geschilderten Knoten stellen sich als beetartige Prominenzen der Schleimhaut mit sehr starken, ausgedehnten Gefäſsen, zahlreichen Blutaustritten und massenhafter kleinzelliger Infiltration dar.

Alle Fälle zeigten elephantiastische Wucherungen am Anus und an der Vulva von fibromatösem Bau, doch stellenweise auch von zelligen Anhäufungen durchsetzt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Rectitis hypertrophica proliferans et stricturans, von P. Delbet und A. Mouchet. (*Arch. gén. de méd. de Paris.* 1893. S. 513 u. S. 668.) Veranlassung zu der eingehenden Untersuchung gab den Verfassern ein Fall ein Mastdarmstriktur bei einer 61jährigen Frau, bei der jede Spur von Syphilis fehlte. Auf der Rektal-Schleimhaut saſsen feste, hornartige Vegetationen, darüber begann die Verengerung, die kaum das Nagelglied des Zeigefingers durchlieſs. Die Verfasser halten derartige Verengerungen entgegen der landläufigen Ansicht nicht für syphilitisch, sondern erblicken darin den Ausgang einer nicht spezifischen Rectitis. Auch die Papillarwucherungen der Rectitis proliferans, wie sie Hamonic beschrieben hat, gehören hierher; beide, die Verengerungen sowohl, wie die Vegetationen, sind der Ausdruck einer Rectitis chronica hypertrophica. Die einzig richtige Behandlung der Mastdarmstriktur ist die Operation, und zwar die nach Kraske. Diese Operation war auch in dem Delbetschen Falle erfolgreich.

Türkheim-Hamburg.

Notiz über eine von Prof. Lang angegebene Behandlungsart akuter Abscesse, von Nobl. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 36/37.) Um die oft entstellende Narbenbildung zu vermeiden, schlägt Lang zur Heilung akuter Abscesse (vor allem der Leisten- und der Bartholinischen Drüsen) vor, statt der Incision nur einen Einstich zu machen, den Eiter abzulassen und nun die Abscefshöhle mit ½—1%iger Argentum-nitricum-Lösung auszufüllen; diese wird durch Verstreichen mit allen Buchten des Abscesses in Berührung gebracht. Druckverband. Nach 2—3 Tagen wird die Einspritzung wiederholt. Statt Argentum nitricum kann man auch Argentaminlösungen nehmen, die nur stärker reizen. Die Heilung erfolgt rasch, auch in Fällen, wo die Hautdecke schon sehr dünn geworden ist und zu perforieren droht.

F. Hahn-Bremen.

Die Behandlung des Furunkels und der Furunkulosis, von Ehrenberg (*Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums des Vereins der Ärzte des Reg.-Bes. Düsseldorf.*) Verfasser beobachtete einen Fall von Furunkulosis. (Nach der Heilung wurden ca. 430 Erkrankungs-, i. e. Narbenstellen, gezählt.) Es fanden sich Furunkel in jeder Gröfse und Form, vom eitergefüllten, impetigoähnlichen Bläschen bis zur

derben, brettharten Hautinfiltration. Als Urheber fanden sich Streptokokken und Staphylokokken. Die Therapie bestand in sorgfältiger Ernährung, Reinigung und Applikation von Kompressen mit Borsalicyllösung. Vor allem aber wurden erst nach Demarkierung des nekrotischen Propfes Incisionen gemacht. Dies ist der Punkt, auf den Verfasser besonderen Wert legt, da er die frühzeitigen (entspannenden) Incisionen für verwerflich hält, weil sie nur Gelegenheit zu weiterer und tieferer Fortpflanzung der Infektion geben. *F. Hahn-Bremen.*

Löwenberg empfiehlt (*Bull. méd.* 1894. No. 36) als **Abortivbehandlung des Furunkels die Galvanokauterisation.** Als Galvanokauter benutzt Verfasser solche, welche in feine, ca. 1 cm lange und 1 mm dicke Platindrähte endigen, die weifsglühend gemacht und dann dem Haare entlang in den Follikel eingestochen werden. Der Erfolg ist gesichert, wenn man ganz im Beginne der Affektion operieren kann, d. h. noch bevor sich Eiter gebildet hat. Die Procedur ist auch indiciert bei der Akne, und glaubt Verfasser, dafs sie auch beim Karbunkel gute Dienste leisten könne, in welcher Ansicht er nachträglich durch Experimente von Dejace (Skalpel, Juni 1894) bekräftigt wurde. Dieselben therapeutischen Resultate würde man mit dem Thermokauter erzielen, doch ist dessen Applikation schmerzhafter und deshalb auch weniger ratsam, weil die Gewebszerstörung eine bedeutendere ist.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Das Wesen und die Behandlung der Acne vulgaris, von K. Franke. (*Med. Neuigk.* 1895. No. 5.) Verfasser steht auf dem Standpunkte, dafs die Akne mikrobiären Ursprunges ist, und hat selbst früher darüber Untersuchungen angestellt, die er in seinem Werke: *„Die menschliche Zelle“* auch berichtet hat. Als Beleg für seine Ansicht citiert er die Ergebnisse der Arbeiten von Unna-Hodara über den Aknebacillus. Er zieht aus diesen Befunden für die Praxis den Schlufs, dafs die Verschleppung des Krankheitserregers in noch nicht ergriffene Talgdrüsen vor allem zu verhüten ist. Jedes Massieren der Haut ist verboten; entzündliche Knoten sollen in ihrer natürlichen Entwickelung nicht gestört werden. Nach der Reifung soll der Eiter sorgsam mit 1‰iger Sublimatlösung entfernt werden. Die Berührung der Gesichtshaut mit den bloſsen Fingern, besonders wenn diese mit dem Inhalt der Drüsen beschmiert sind, mufs vermieden werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Acne necrotica, von W. Dubreuilh. (*Arch. clin. de Bordeaux* 1894. No. 8.) An der Hand von acht Krankengeschichten giebt Verfasser eine ausführlichere Beschreibung der Symptomatologie, pathologischen Anatomie, Ätiologie, Pathogenese, Diagnose und Therapie der genannten Affektion. Bezüglich der Ätiologie ist D., in Übereinstimmung mit Besnier, geneigt, die Krankheit auf Verdauungsstörungen zurückzuführen, da diese in seinen Fällen nirgends fehlten. Therapeutisch haben ihm Schwefelsalben (Axungia benzoica 25,0, Sapo viridis 5,0, Sulfur praecipitatum 5,0, irgend ein Wohlgeruch q. s.) das beste Resultat geliefert. Dieselben werden nachts, wenn möglich auch tags, aufgetragen, und nach ca. acht Tagen fallen die Krusten ab und werden durch Narben ersetzt. Sehr schwierig ist es, den Recidiven vorzubeugen. D. giebt deshalb innerlich Ichthyol (0,3—0,5 pro die) oder wo dieses nicht vertragen wird, Naphtol (0,1 pro dosi) mit Magnesia nach jeder Mahlzeit.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Behandlung phlegmonöser und ähnlicher Entzündungen mit Alkoholverbänden, von Salzwedel. (*Dtsch. milit. Ztg.* Juli 1894.) Der Verfasser empfiehlt auf entzündete Partien nach Reinigung mit Äther eine mit 90%igem Alkohol getränkte dicke Wattelage zu legen, darüber einen undurchlässigen, perforierten Stoff, um die Verdunstung einzuschränken, aber nicht ganz aufzuheben. Der Verband mufs die

erkrankte Stelle weit zentralwärts überragen. Der Erfolg soll stets ein sehr guter sein: das Fieber fällt ab, der Zerfall vereiterten Gewebes wird sehr beschleunigt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Ursachen und die Natur des Erysipels, von J. Hutchinson. (*Arch. of surg.* 1894. Bd. V. S. 345.) Anknüpfend an einen Fall seiner Praxis, bespricht H. die Natur des Erysipels, wobei er dem rein bakteriologischen Standpunkte gegenüber eine wohlthuende Zurückhaltung beobachtet. Den Fehleisenschen Micrococcus will er als Erreger aller Formen von Erysipel nicht gelten lassen; ebenso hält er die Lehre von der ausschliefslichen Übertragbarkeit des Rotlaufs gegenüber an der Ansicht fest, dafs die erysipelerzeugenden Keime jahrelang in den Geweben schlummern können, bis eine geeignete Ursache, chemische oder thermische Reize z. B., ihre Wirksamkeit anfachen. *Türkheim-Hamburg.*

Vergleichende bakteriologische Untersuchungen über den Streptococcus erysipelatis und einem aus dem Blute von acht an Pyämie erkrankten Patienten isolierten Streptococcus, von C. Parascandalo. (*Rif. med.* 1894. No. 250.) Nach Aufzählung der verschiedenen Autoren, welche für und wider die Identität des Streptococcus pyogenes (Rosenbach und Passet) und des Streptococcus erysipelatis (Fehleisen) geschrieben haben, teilt Verfasser das Resultat seiner Untersuchungen mit, die ihn aber zu keinem entscheidenden Urteile in der Frage zu führen vermochten. Er gedenkt deshalb, seine Experimente speziell in biochemischer Richtung fortzusetzen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Silvestrini teilt die Krankengeschichten **zweier Fälle von Erysipelas typhosum** mit. (*Rif. med.* 1864. No 196.) Es handelt sich um zwei Mädchen im Alter von 16 und 25 Jahren, bei denen sich im Verlaufe eines ziemlich schweren Typhus abdominalis ein Erysipel einstellte, dessen Erscheinen mit einer raschen Besserung des Typhus verbunden war. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des Blutes aus der Randpartie der infiltrierten Partien ergab: Keine Streptokokken, wohl aber einen kurzen Bacillus mit abgerundeten Enden, der sich nach Gram nicht färben liefs, im hängenden Tropfen sehr beweglich war, Gelatine nicht verflüssigte und für Tiere nicht pathogen war. S. hält denselben für identisch mit dem Typhusbacillus, der in den beiden Fällen dem Erysipel zu Grunde lag.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von Erysipel des Scrotums, von R. W. Ramsey. (*Med. News.* 17. März 1894.) Ein 37jähriger Mann hatte mehrfach an Furunkeln gelitten, von denen einer am Perineum lokalisiert war; im Anschlufs daran trat ein heftiges Erysipel mit Ödem, Hyperämie und späterhin Gangrän am Scrotum und Penis auf. Trotz aller ärztlicher Bemühungen Tod am fünften Tage im Koma. Verfasser erwähnt, dafs das skrotale Erysipel im allgemeinen als das entzündliche Ödem Robert Listons bezeichnet wird. *Philippi-Nieheim.*

Beiträge zur Ätiologie und Therapie des Erysipels, von S. Felsenthal. (*Arch. f. Kinderheilkde.* XVI. Heft 3—4.)

I. Im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus zu Berlin kam in letzter Zeit folgendes in Anwendung: Anlegung der Skarifikationen, Ausdrücken von möglichst viel Ödemflüssigkeit, Einreiben mit 60%iger Ichthyolsalbe oder Ichthyollösung mit der Hand; Gaze, Watte in dicker Lage, an den Extremitäten Schienenverband und vertikale Suspension; 1—2 mal täglich Verbandwechsel. Die Einreibung wird mehrere Tage nach Abfall des Fiebers fortgesetzt. Einige Krankengeschichten illustrieren die Erfolge; stets trat Fieberlosigkeit und Rekonvalescenz am fünften bis

sechsten Tage ein; nur in einem Falle erfolgte der definitive Fieberabfall erst am elften Tage.

II. Von Interesse sind die Untersuchungen in Bezug auf die Ätiologie; welche der Verfasser mittelst kleinster bei den Skarifikationen entfernter Hautpartikelchen anstellte. Er hat 15 Fälle von typischem Erysipel untersucht und fand in 14 stets den Streptococcus. Aus seinem Falle, wie aus dem von Jordan und Rheiner mitgeteilten drängt sich dem Verfasser die Vermutung auf, dafs man ein primäres, genuines Erysipel und sekundäres unterscheiden könnte. Ersteres wird wahrscheinlich fast ausschliefslich durch Streptokokken bedingt, letzteres kann sich an alle möglichen Infektionskrankheiten anschliefsen, hervorgerufen durch die betreffenden Erreger der letzteren.

III. Verfasser berichtet sodann über vier Fälle des „zoonotischen Erysipeloids" (Rosenbach), einer wenig infektiösen Wundinfektionskrankheit, welche rein örtlich bleibt und keinen Schaden bringt. Es handelt sich um zwei Männer und zwei Frauen; drei von den Personen waren in Wildprethandlungen, eine in einer Käsehandlung beschäftigt. Alle zeigten an der Hand eine dunkelrote, mäfsige Infiltration, scharf begrenzt in der Mitte der Hohlhand aufhörend; geringes Jucken; ungestörtes Allgemeinbefinden. In drei Fällen wurde der gleiche Krankheitserreger gefunden; im vierten verlief die Untersuchung des im trockenen Glase mehrere Stunden gehaltenen Hautstückes negativ. Brachte Verfasser die frischen Hautstücke von den ersten drei Fällen in flüssige Gelatine, die er für drei Stunden in den Brutschrank stellte und dann bei 18—20° aufbewahrte, dann entstand nach einigen Tagen eine wolkige, silbergraue Trübung. Es handelt sich um eine Kultur aus kokkenähnlichen Gebilden, etwas gröfser wie Staphylokokken. Härtet man die Gelatinestichkultur in 96%igem Alkohol und macht möglichst dünne Schnitte, dann sieht man mikroskopisch feine, teils gerade, teils gewundene Fäden, die Zweige tragen. Denselben Befund erhob Rosenbach, der sich auch mit Erfolg selbst impfte. Der Infektionsträger zählt zur Klasse der Cladothrix. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zum Referat über Herrn A. J. Ochsner-Chicago: **Behandlung des Erysipels mit Alkohol**, von v. Langsdorf. (*Centralbl. f. Chir.* 1895. No. 8.) Verfasser hat seit fünf Jahren 32 Fälle von Erysipel nur mit äufserer Anwendung des Alcohol absolutus behandelt, der auf weiche Leinwandkompressen alle 15—20 Minuten gegossen wird. Darüber kommt ein trockenes Tuch und Guttaperchapapier. Nur im Gesichte pafst sich Watte besser an. Stets trat schnelle Besserung ein, das Fieber sank erheblich in 12—24 Stunden, das Spannungsgefühl und Brennen schwand prompt in 1—2 Stunden. Die Haut schwoll und blafste in 8—10 Stunden ab. Das Weiterwandern des Prozesses ist selten. Nach einigen Tagen wird die Haut trocken, schuppig; Lanolin ist dann am Platze. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Neuere Untersuchungen über den Streptobacillus des venerischen Geschwürs, von Colombini. (*Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 31. Verfasser hat früher bereits berichtet, dafs er im Sekrete einen dem Ducreyschen Bacillus gleichen gefunden und lange virulent erhalten habe; letzteres ist Welander, Jullien und Strauss nicht gelungen. Er war ferner für die Identität des Ducreyschen und Unnaschen Bacillus eingetreten. Jetzt geht Verfasser an die Prüfung folgender Punkte: 1. Exakte Prüfung der Färbungsmethode, 2. neue Züchtungsversuche, 3. Impfversuche auf Tiere, 4. Beweis der Identität des Unnaschen und Ducreyschen Bacillus.

Färbungsmethoden des Bacillus des weichen Schankers.

Die Färbung im Sekrete weicht ab von derjenigen im Gewebe.

Färbung im Sekrete.

Nach Reinigung des Geschwüres mit einem in sterilisiertes Wasser getauchten Gazebäuschchen bringt man etwas Eiter zwischen zwei Deckgläschen, sorgt für eine dünne Schicht und gleichmäfsige Verteilung. Trocknen bei gewöhnlicher Temperatur, Eintauchen für zwei Minuten in eine Mischung von Sublimat, destilliertem Wasser und krystallisierter Essigsäure (welches Verhältnis? Ref.) reichliches Abspülen, Färben mit Fuchsin (1—20—23 Minuten), Toluidinblau in gesättigter, mit 0,05%iger Karbolsäure versetzter Lösung, Methylenblau in der Formel:

Gesättigte wässerige Methylenblaulösung	24,0
5%ige wässerige Natriumboratlösung	16,0
Aq. dest.	40,0

(5—10 Minuten färben.)

Zur Doppelfärbung: Gentianaviolett, Auswaschen, Gramsche Flüssigkeit (30 bis 40 Sekunden), Auswaschen, absoluter Alkohol, Nachfärben der erblafsten Bacillen mit Fuchsin (30 : 100).

Neben den Ducreyschen Bacillen, isoliert und in Ketten, findet man Bacterium coli commune und einen Coccus. Die Ducreyschen Bacillen bleiben in der Mitte ungefärbt, wenn man nicht zu lange färbt oder vorher mit Essigsäure benetzt (Nicolle), sie entfärben sich nach Gram, wachsen nicht auf den üblichen Nährböden.

Färbung im Geschwürsgebiete.

Diese gelang zuerst Unna. Verfasser legte die excidierten Stücke bis zu 15 Stunden in: Sublimat 7,00, Aq. dest. 100,0 krystallisierte Essigsäure 1,0, oder: Sublimat 3,0—5,0, Wasser 100,0, Essigsäure 1,0, dann wurden sie zerkleinert, in Alkohol oder Aceton entwässert (24 Stunden), in Xylol gelegt (5—6 Stunden), in ein Gemisch von Paraffin und Xylol (24 Stunden bei 50° im Paraffinofen), endlich in Paraffin (5—6 Stunden) gebracht. Die Färbung geschieht nach Unna oder Quinquaud-Nicolle. Das Nicollesche Verfahren ist: 4—5 Minuten in karbolsaures Methylenblau (Methylenblau 0,5, Alcoh. absol. 10,0, Karbolsäure 1,0, Aq. dest. 100,0), Auswaschen in Wasser, einige Sekunden in Tannin (frei von Gallussäure), Äther 1,0, Aq. dest. 10,0, Auswaschen, Trocknen mit Alkohol, Xylol, Balsam. Auch Toluidinblau ist geeignet, vielleicht besser. Die Bacillen liegen zahlreich, zuweilen isoliert in den oberen Schichten, zu eng gehäuften Ketten geordnet in den tieferen; sie waren hier durchweg gefärbt.

Züchtungsversuche.

Verfasser hat mit Sekret und Gewebe zahlreiche Versuche angestellt, mit den verschiedensten Nährböden unter den verschiedensten Bedingungen, aber das Resultat war stets ein negatives.

Impfversuche auf Tiere.

Der Verfasser konnte keinen positiven Erfolg bei Meerschweinchen, Kaninchen, Katzen und Mäusen erhalten.

Identität des Ducreyschen Bacillus und des Unnaschen Streptobacillus.

Unna selbst schlofs, als er 1892 seinen Streptobacillus fand, jede Gemeinschaft mit dem Ducreyschen aus. Dennoch ist die Identität anzuerkennen. Die verschiedene Gröfse erklärt sich hauptsächlich durch die verschiedenen Präparationsmethoden. Die Lage der Unnaschen Bacillen aufserhalb, der Ducreyschen innerhalb der Zellen, von Unna besonders betont, ist, wie oben gezeigt, keine konstante; die ersteren liegen in den oberflächlichen Schichten oft in den Zellen. Auch der Ducreysche Bacillus

ordnet sich in Kettenform; die Herstellungsweise der Präparate hinderte Ducrey daran, diese Ketten zu sehen. Die bald abgerundeten, bald stumpfen Ecken rühren von der Lagerung und Zeitdauer der Fixation her. Auch die Färbungsdifferenzen sind leicht erklärlich. Beide lassen sich nicht züchten und nicht auf das Tier überimpfen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Behandlung mit Wärme, von Eduard Welander, **und über einen für die Erhaltung konstanter Wärme konstruierten Apparat (Hydrothermostat)**, von E. Berlien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 9—11.) Zur Wärmebehandlung des Ulcus molle gaben Welander folgende Momente Veranlassung: Erstens erlischt die Inokulabilität des Schankergiftes bei 41° C., zweitens heilen Schanker bei Fieberkranken ohne Behandlung auffallend schnell; drittens haftet das Schankergift nicht bei fieberhaften Individuen. Schwierigkeiten machte es, eine Temperatur von 41 dauernd zu erhalten; diese Schwierigkeit ist gehoben durch den Hydrothermostat von Berlien. Von diesem wird das Wasser vermittelst Kautschukröhren in Bleiröhren geleitet, die das Geschwür umgeben; die Temperatur bleibt 41°, wenn sie im Apparate ca. 50° beträgt. Auf das Geschwür kommt in warmes Wasser getauchte Watte, die Bleiröhren werden von ebensolcher Watte und Guttaperchapapier umgeben. Der Erfolg ist ein sehr günstiger; Reinigung in zwei Tagen; darauf Fortsetzung der Behandlung in üblicher Weise. Das Verfahren ist an 300 Patienten erprobt. Bei Phimosis wird Wasser von 45° C. mittelst feinen Katheters wiederholt am Tage in den Präputialsack geleitet. Die Behandlungsdauer wurde durch die Wärmebehandlung von 26,3 auf 11,3 Tage abgekürzt; Bubonen kamen gar nicht mehr vor. Verfasser hat dann in gleicher Weise mit Erfolg behandelt irritierte erosive Syphilide, gummöse Geschwüre, Ulcus cruris. Bei Psoriasis, Herpes tonsurans schien auch eine Besserung einzutreten.

Auf die Beschreibung des sinnreichen Hydrothermostats kann ich hier nicht näher eingehen. Ich bemerke nur, dafs dasselbe vom Instrumentenmacher Stille in Stockholm bezogen wird und 150 Mark kostet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Therapie des weichen Schankers, von A. D. Stepanow. (*Wratsch.* 1894. No. 25 u. 26.) Ein seit zehn Wochen bestehendes weiches Geschwür, 5 ccm breit, die gröfsere Hälfte des Dorsum penis einnehmend, wollte trotz Ausschälung und Jodoformapplikation nicht heilen. Da applicierte der Verfasser Wärme, indem ein Hütchen aus Kautschukröhren über den Penis gezogen und 55° warmes Wasser hindurchgeleitet wurde. In neun Tagen war das Geschwür geheilt. Wahrscheinlich werden die spezifischen Erreger durch die höhere Temperatur vernichtet. Mit erwärmtem schankrösen Eiter kann man keine positive Impfung mehr erzielen. Die Ausschälung der Geschwüre ist wohl stets vorauszuschicken, zumal durch dieselbe das Auftreten von Bubonen verhütet wird. Bei 43 nur mit Ausschälung behandelten Patienten bildeten sich nur dreimal Bubonen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung von weichen Schankern und Feigwarzen mit Formalin, von H. R. Gaylord. *Med. News.* 27. Oktbr. 1894.) Verfasser hat bei mehreren Fällen von weichem Schanker prompte Besserung erzielt, indem er sie mit konzentrierter (40%iger) Lösung von Formalin betupfte. Meist genügte eine einmalige Anwendung des Mittels. Allerdings verursacht die Procedur in der Regel intensive Schmerzen, die selbst durch Kokain nicht ganz zu beseitigen sind. Die 10%ige Lösung ist seinen Erfahrungen nach ebenso schmerzhaft, wie die 40%ige. Umschläge mit 5%iger, selbst ½%iger Lösung mufsten bei einem Patienten mit 15 Schankern und zwei incidierten Bubonen der Schmerzhaftigkeit wegen wieder aufgegeben werden, doch war damit eine wesentliche Besserung erzielt worden.

Condylomata acuminata bei einem 42jährigen Manne heilten bei zweimaligem Betupfen mit konzentrierter Lösung im Laufe von neun Tagen vollständig.

Philippi-Remscheid.

Zur Behandlung der Bubonen, von Moritz Laub. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 7 u. 8.) Verfasser berichtet über die Resultate, die er mit der Langeschen Behandlungsmethode der Bubonen auf der v. Mračekschen Abteilung erzielt sind. Die Methode besteht in Punktion des Abscesses an der fluktuierenden Stelle mittelst eines spitzen Bistouris, Entleeren desselben und Injektion einer der Größe der Höhle entsprechenden 1%igen Lapislösung; darüber Jodoformgaze und Kompressivverband. Nach 48 Stunden Verbandwechsel und gewöhnlich erneute Injektion. Heilung in 8—14 Tagen, eine Verhärtung bleibt gewöhnlich zurück, aber keine irgendwie nennenswerte Narbe. Der Vorzug vor dem Welanderschen Verfahren besteht darin, daſs letzteres bei suppurierten Bubonen gewöhnlich versagt und doch eine größere Incision nötig wird. Die Heilung erfolgt gewöhnlich in 2—3 Wochen. Die Schmerzhaftigkeit ist bei dem Langeschen Verfahren gering, kann eventuell durch eine vorausgeschickte Kokaininjektion in die eröffnete Höhle noch vermindert werden. Als Nebenwirkungen wurden bemerkt einmal eine Epididymitis und einmal bei einem Phthisiker ein vorübergehendes Ödem des Penis und der Bauchdecken. Mit Rücksicht auf den guten kosmetischen Effekt, die Einfachheit der Technik, die schnelle Heilungsdauer, die Möglichkeit ambulanter Behandlung empfiehlt Verfasser auf Grund von 40 Fällen das Langesche Verfahren. Acht Krankengeschichten erläutern die Ausführungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Ein neues Urometer, von Th. Lohnstein. (*Allg. med. Centralztg.* 1894. No. 31.) Zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes des Urins benutzt der Praktiker ein Skalenaërometer, der wissenschaftliche Forscher die Wage (Pyknometer). Die Ergebnisse des ersteren ergaben zu groſse Fehler. Dieselben sind bedingt durch die Art der Skaleneinbringung, da die Skala nicht genau der Dicke des betreffenden Instrumentes angepaſst ist, was bei der Billigkeit desselben begreiflich wird, und durch den Einfluſs der Kapillarität, der nur durch Vergröſserung der Dimensionen des Instruments einigermaſsen ausgeglichen werden könnte. Der Verfasser führt den physikalischen Beweis für diese Behauptung. Um nun den Einfluſs der Kapillarität aufzuheben, hat Verfasser einen Urometer konstruiert: ein Glaskolben, der am unteren Ende in einer Birne abgeschlossen Quecksilber enthält, endet oben mit einem scharfkantig abgeschliffenen cylindrischen Rohr, in dessen Lumen ein Hartgummistück eingekittet ist. Durch des letzteren Mitte geht ein Stab, der am oberen Ende eine flache Schale trägt; Stab und Schale sind aus Aluminium. Der unbelastete Apparat ist so abgeglichen, daſs er bei 15° C. in einer Flüssigkeit vom spezifischen Gewicht 1000 in „archimedischer Anordnung“ schwimmt, d. h. das Gewicht des Schwimmens gleicht dem Gewicht einem dem Schwimmkörpervolumen gleichen Volumens Flüssigkeit. Hat man nun eine schwerere Flüssigkeit, so muſs man die entsprechende Belastung hinzufügen, wozu, je nachdem man die dritte oder vierte Decimalstelle genau haben will, ein Gewichtssatz von 8—12 Gewichtsstücken beigegeben ist. Letztere repräsentieren Zunahme des spezifischen Gewichts von 0,001—0,05.

Um zu verhüten, daſs die Flüssigkeit bei zu starker Belastung über der scharfen Kante zusammenschlägt, wird die Flüssigkeit bis zu einem angegebenen Füllstrich in den Cylinder eingefüllt, der sich in solcher Höhe befindet, daſs die Überlastung der Schwimmkörper, auf den Boden aufstoſsend, derart festgehalten wird, daſs die Flüssig-

keit an der scharfen Kante noch eine schwache Kapillarkrümmung darbietet; dann wird so viel Flüssigkeit nachgefüllt, bis sich ein schwacher, konvexer Kapillarring um die Kante herumlegt.

Das patentierte Instrument ist von L. Reimann (Berlin SO., Schmidtstraße 32) zu beziehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Konservierung der organisierten Harnsedimente, insbesondere der Harncylinder, von K. Bohland. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1894. No. 20.) Rovida hat gezeigt, daß sich Harnröhrensedimente, besonders Cylinder, in 0,5—1% Kochsalzlösung 15—20 Tage unverändert halten. Eine weniger beschränkte Konservierung gestattet folgende Methode: Die Sedimente werden durch Sedimentieren oder besser durch Zentrifugieren gesammelt, dann in physiologischer Kochsalzlösung gewaschen und mit Müllerscher Flüssigkeit behandelt, die in 14 Tagen ca. 3—4 Mal erneuert wird. Danach wird die Müllersche Flüssigkeit sorgsam abgehoben, mit Alcohol absolutus nachgehärtet. Dieser wird so lange erneuert, bis er völlig farblos bleibt. Man sieht dann die morphologischen Elemente im wesentlichen unverändert, nur ein klein wenig geschrumpft. Läßt man den Alkohol verdunsten, so kann man in dem trocken aufbewahrten Sedimente noch längere Zeit nachher die Cylinder unversehrt finden. Bei der Untersuchung des Sediments aus der Müllerschen Flüssigkeit zeigen die organisierten Bestandteile einen gelblichen Farbenton, was besonders für die hyalinen Cylinder von Vorteil ist.

Sehr gut lassen sich die so aufbewahrten Sedimente zu farbenanalytischen Versuchen benutzen. Man verteilt einen Tropfen, vorsichtig zerreibend, auf zwei Deckgläser, läßt dann den Alkohol verdunsten und färbt mit Ehrlichs neutrophiler Mischung. Es halten sich die gefärbten Präparate aber nur wenige Wochen. Die Angaben Senators über das Verhalten der verschiedenen Elemente der nephritischen Harnsedimente gegenüber den Farbstoffmischungen kann Verfasser nur bestätigen. Die Leukocyten sind meistens mononukleär mit schmalem Protoplasmarand, und zwar bei allen Nephritisformen. In Schnittpräparaten fand Verfasser in den Entzündungsherden des interstitiellen Gewebes fast nur polynukleäre, in den Harnkanälchen dagegen nur mononukleäre Leukocyten.

Fibrin in den Cylindern nachzuweisen, ist dem Verfasser auch mittelst der Weigertschen Methode nicht gelungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Harnmikrobien im allgemeinen und der Urobacillus liquefaciens septicus im besonderen. Beitrag zum Studium der Pathogenie der Harninfektion, von Denis Chapmann. (Montpellier 1893.) Alle Zustände mikrobiären Ursprunges, welche irgendwo in den Harnwegen entstehen und zu lokalen oder Allgemeinerscheinungen führen, werden unter dem Begriff Harninfektion zusammengefaßt.

Speziell besprochen wird vom Verfasser der Urobacillus liquefaciens septicus. Seine Lebensdauer ist fast unbegrenzt. Mäuse tötet er in kurzer Zeit, Kaninchen in einer Woche, subkutan oder in das Bauchfell injiciert, bewirkt er Eiterung. Bouillonkulturen sind virulenter als solche auf Gelatine, Agar, Blutserum. Ein von ihm erzeugtes Ptomain ist auch giftig. Der Bacillus ist nach dem Verfasser identisch mit dem von Krogius, Doyon, Schnitzler, Reblaub studierten.

In der Arbeit findet sich eine Einteilung der Harnmikrobien von Rovsing; derselbe unterscheidet pyogene Bakterien (Bacillus tuberculosus; Staphylococcus pyogenes aureus, albus, citreus, ureae; Diplococcus pyogenes ureae; Coccobacillus pyogenes ureae; Micrococcus pyogenes ureae flavus) und nicht pyogene (Diplococcus

urease trifoliatus; Streptoccus ureae rugosus; Diplococcus non pyogenes ureae; Coccobacillus ureae non pyogenes).

Der Verfasser teilt die Harnmikrobien folgendermafsen ein:

- **Bacilli**
  - liquefacientes — Urobacillus liquefaciens septicus.
  - non liquefacientes
    - Bacterium coli commune.
    - Bacillus griseus.
- **Micrococci**
  - liquefacientes
    - Staphylococcus aureus.
    - „ albus.
    - „ citreus.
    - „ liquefaciens.
    - Diplococcus subflavus.
  - non liquefacientes
    - Streptococcus erysipelatis.
    - Micrococcus albicans amplus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Trichomonas vaginalis im frischgelassenen Urin eines Mannes, von K. Miura-Tokio. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.* 1894. No. 2.) Im frischgelassenen Harn eines 52jährigen Mannes, der neben Husten (Bronchitis) über Schmerzen in der linken Nierengegend klagte, fanden sich flockige Gebilde, die neben Schleim und Zellen Infusorien enthielten; diese bewegten sich lebhaft, hatten scharfe Konturen, geringe Granulation, Geifseln und einen undulierenden Saum. Diese Infusorien erwiesen sich als identisch mit dem Trichomonas vaginalis, wie Verfasser ausführlich begründet. Es ist dies das erste Mal, dafs derselbe bei einem Manne gefunden ist.

Als Sitz des Trichomonas erwies sich die Urethra. Wahrscheinlich war derselbe von der Frau acquiriert, wird derselbe doch 37 mal bei 200 Schwangeren, 40 mal bei 100 Nichtschwangeren gefunden.

An diese Arbeit knüpft F. Marchand-Marburg einige Bemerkungen über einen gleichen von ihm veröffentlichten Fall, bei dem der Sitz wahrscheinlich auch die Urethra war. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Vorkommen von Trichomonas im Harne eines Mannes, nebst Bemerkungen über Trichomonas vaginalis, von F. Marchand. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.* 1894. No. 19, 20.) Der saure Harn eines 60jährigen Mannes war schmutzig-rötlich gefärbt, enthielt viel Eiweifs, zeigte einen schmutzig gelben Bodensatz, aus Eiterkörperchen bestehend. In dem Bodensatz fanden sich Plattenepithelien, mehr verhornte und hyaline, zwischen ihnen hyaline Körperchen, etwas gröfser als Leukocyten, Eigenbewegungen zeigend, welche sich als Flagellaten erwiesen. Der Patient litt an einer neben dem After durchgebrochenen Beckeneiterung, und auch das Auftreten des Eiters im Harn wurde auf einen Durchbruch zurückgeführt. Keine Erscheinungen von Cystitis. Der Urin blieb trübe, wurde aber gelber, enthielt Klümpchen, die aus Epithelzellen, Fettsäurenadeln und Eiterkörperchen bestanden, zahlreiche Bacillen und Mikrokokken erkennen liefsen.

Verfasser schildert nun unter Beifügung guter Abbildungen eingehend die Gestalt des gefundenen Parasiten, der zu der Gattung Trichomonas gezählt werden mufs, und giebt dann ausführlich die Untersuchungen über den Trichomonas vaginalis wieder. Dabei werden auch die angewendeten Fixierungs- und Färbemethoden angegeben. Es scheint, als ob der in diesem Harne gefundene Parasit mit dem Trichomonas vaginalis identisch ist. Ob die Trichomonaden als Krankheitserreger wirken oder erst auf der erkrankten Schleimhaut geeignete Existenzbedingungen finden, ist nicht entschieden. Ebensowenig ist die Herkunft des Parasiten in diesem Falle klar. Das Nähere möge im Original nachgesehen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Eucalyptusöl als Harnantiseptikum, von G. Frank Lydston-Chicago. (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* November 1893.) Verfasser ist auf das Mittel als Harnantiseptikum zufällig durch einen Patienten aufmerksam gemacht worden.

Das Eucalyptusöl hat sich dem Verfasser in verschiedenen Krankheitsfällen, bei welchen auf operative Eingriffe in die Harnröhre und Blase sich Schüttelfröste und Fieber eingestellt hatten, vorzüglich bewährt, um die Anfälle zu vermindern oder zu beseitigen. In einigen Fällen konnte dem Eintritt von Schüttelfrösten durch innerliche Gaben von Eucalyptusöl vorgebeugt werden. Verfasser gab dreimal täglich zehn Tropfen, in schwereren Fällen zweistündlich zehn Tropfen Eucalyptusöl.

C. Berliner-Aachen.

Qualitative Untersuchung von Harnsteinen, von R. Moscheles. (*Centralbl. für innere Med.* 1894. No. 22.) Die Harnsteine können aus einem Salze oder aus mehreren bestehen, welche dann schichtweise angeordnet sein können. Man bestimmt die Bestandteile folgendermafsen:

Lebhafte Gasbildung nach Behandlung eines Stückes des Harnsteins mit Salzsäure bedeutet Kohlensäure; eventuell Prüfung mit ammoniakalischem Barytwasser. Bleibt bei Veraschung auf Platinblech ein relativ beträchtlicher Rückstand, so deutet dieses auf phosphorsauren Kalk; die Asche wird in Salpetersäure gelöst und mit molybdänsaurem Ammon die Phosphorsäure nachgewiesen.

Zur Prüfung und Trennung von Harnsäure und Oxalsäure von Phosphorsäure wird der Stein zehn Minuten mit mäfsig konzentrierter Sodalösung gekocht, wodurch eine Lösung besser herbeigeführt wird, als durch Salzsäure. Filtrieren der alkalischen Lösung, Eindunsten auf dem Wasserbade in einem Uhrschälchen, Aufnehmen des Trockenrückstandes nach dem Erkalten mit Salzsäure. Ein eventuell bleibender unlöslicher Rückstand besteht aus Harnsäure, die nach Abfiltrieren mittelst Murexidprobe nachgewiesen werden kann.

In dem salzsauren Filtrat findet man nur Phosporsäure und Oxalsäure. Eindunstung, Aufnehmen des Rückstandes mit verdünnter Essigsäure, Versetzen mit essigsaurem Kalk. Eine Fällung bedeutet Oxalsäure, da sich unlöslicher oxalsaurer Kalk bildet; phosphorsaurer Kalk ist löslich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die bei der Behandlung der Gicht und Harnsäurekonkremente in Betracht kommenden Mittel und ihre Wirkungsweise, von C. Mordhorst. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 22.) Verfasser fafst seine Ansichten in folgenden Schlufssätzen zusammen:

1. Je konzentrierter eine Harnsäurelösung ist, desto leichter fallen — unter sonst gleichen Umständen — Harnsäurekrystalle aus.

2. Eine ebenso wichtige, vielleicht noch wichtigere Rolle bei der Ausfällung der Harnsäure spielt die Reaktion der Harnsäurelösung; je saurer die Lösung, desto schneller fällt die Harnsäure aus.

3. Die Hauptindikation bei der Behandlung der harnsauren Diathese mufs also sein, die Harnsäurebildung möglichst zu beschränken und die Alkalescenz der Körpersäfte möglichst zu erhöhen, eventuell die Acidität derselben und des Harns möglichst herabzusetzen.

4. Ersteres geschieht durch eine nicht zu eiweifsreiche Nahrung, beides durch Zufuhr reichlicher Mengen von Alkalien; letzteres aufserdem durch Körperbewegung, heifse Bäder mit nachfolgendem Schwitzen, warme Kleidung etc.

5. Je alkalischer die Körpersäfte sind, desto mehr Sauerstoff können sie absorbieren und binden, desto lebhafter ist die Zersetzung der Albuminate, desto mehr von der schon gebildeten Harnsäure wird gelöst.

6. Hiermit übereinstimmend fanden fast alle Autoren bei Erhöhung der Säftealkalescenz eine geringere Harnsäureausscheidung.

7. Die Fähigkeit des lebenden Protoplasma, Sauerstoff aufzunehmen, verdankt es nur der Anwesenheit von kohlensauren Alkalien.

8. Bei allen Individuen mit sauren Diathesen und fieberhaften Krankheiten sind die Gewebe sauer oder weniger alkalisch, als bei Gesunden.

9. Garrod, Cantani u. a. fanden die Reaktion des Blutes Gichtkranker fast neutral.

10. Im menschlichen Körper sind unter bestimmten krankhaften Verhältnissen die Säfte in den bindegewebigen Teilen des Organismus sauer.

11. Die Zunahme der Harnsäurebildung bei einer grofsen Anzahl von Nervenkrankheiten hat hauptsächlich ihren Grund in der sauren Beschaffenheit des Nervengewebes und einer Abnahme der Blutalkalescenz.

12. Die harnsäurebildende Wirkung einer alkalischen Flüssigkeit ist proportional der Menge der in derselben enthaltenen Alkalien.

13. Von allen Alkalien und Basen kann nur Natrium bicarbonicum in genügend grofsen Dosen ohne schädliche Nebenwirkungen lange Zeit vertragen werden.

14. Nur aufserhalb des lebenden Organismus ist Lithion ein vorzügliches Lösungsmittel für Harnsäure. Im lebenden Körper verhindern seine chemischen Verbindungen mit Phosphaten nicht allein seine Wirkung auf Harnsäure, sondern berauben auch eine bestimmte Menge von Phosphaten ihrer harnsäurelösenden Wirkung.

15. Mit den üblichen Gaben von Piperazin wird kaum eine wahrnehmbare Veränderung der Harnreaktion, geschweige denn eine Reaktion der Gewebssäfte erreicht. Sir William Roberts, Levison, ich u. v. a. sahen nach Piperazin keine Abnahme der Harnsäureausscheidung.

16. Kohlensaurer Kalk in unschädlichen Gaben ist nicht im stande, die Körpersäfte und den Harn genügend alkalisch zu machen, verursacht oft Verdauungsstörungen und leistet der Entstehung von Thrombosen, Arteriosklerose, Verkalkung der Aortenklappen, Apoplexia cerebri, Kalkphosphaten etc. Vorschub.

17. Chlornatrium befördert die Verdauung, beschleunigt den Stoffwechsel, erhöht die Säfteströmung, befördert die Resorption von Flüssigkeiten in den Gelenken etc.

18. Das doppeltkohlensaure Natron und das Chlornatrium wird am besten vertragen in der Form eines schwach kohlensäurehaltigen Mineralwassers.

19. Von allen Mineralwässern ist dasjenige vorzuziehen, welches die gröfsten Mengen von doppeltkohlensaurem Natron, Kochsalz und festen Bestandteilen und die kleinsten Mengen von kohlensaurem Kalk enthält.

20. Ein Vergleich der bis jetzt bekannten Mineralwässer ergiebt, dafs das „Wiesbadener Gichtwasser" in vollkommenster Weise diese Eigenschaften besitzt.

21. Stark kalkhaltige Wässer, wie Fachingen, Vichy, Vals, Wildungen u. a., sind aus den im Satze 16 angeführten Gründen nur mit Vorsicht und nicht zu lange zu gebrauchen.

22. Das Wiesbadener Gichtwasser kann in beliebiger Menge jahraus, jahrein ohne irgendwelchen Nachteil getrunken werden.

23. Harnsaure Nierensteine und Harngries werden mit absoluter Sicherheit durch den Gebrauch des Wiesbadener Gichtwassers aufgelöst und eine Neubildung verhindert.

24. Eine Auflösung der harnsauren Neubildungen in den verschiedenen Geweben ist nur dann möglich, wenn es gelingt, durch passende Lebensweise und Behandlung die Acidität der Säfte genügend herabzusetzen.

25. Aufser durch eine zweckmäfsige Lebensweise und heifse Mineralbäder mit nachfolgendem Schwitzen im Bette kann eine Abnahme der Acidität der Säfte nur durch reichlichen Genufs eines stark alkalisch-muriatischen Mineralwassers, am besten des Wiesbadener Gichtwassers, erreicht werden.

26. Es mufs in vielen Fällen so viel Mineralwasser getrunken werden, dafs der Urin stark alkalisch wird.

27. Eine Trübung des Urins durch Kalkphosphate, selbst bei starker Alkalescenz desselben, tritt nach dem Gebrauch des Wiesbadener Gichtwassers nicht ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Entstehung der fibrinösen Harncylinder, von Aufrecht. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1894. No. 19.) Verfasser hat früher durch Ureterunterbindungen feststellen können, dafs in den Harnkanälchenepithelien hyalin aussehende Kugeln entstehen, welche in das Lumen der Harnkanälchen gelangen und hier zu Cylindern verschmelzen. Trotzdem Cornil, Strauss und Germont zu demselben Resultate gelangten, herrscht über die Frage doch keine Einigkeit. Verfasser führt nun aus, dafs die Cylinder doch nur entstehen könnten als Exsudat aus dem Blute oder als Produkt der Epithelien. Die erstere Möglichkeit ist widerlegt, wenn dargethan werden kann, dafs Exsudation aus dem Blute, d. h. Albuminurie, auftreten kann ohne Cylinderbildung, und umgekehrt Cylinder in eiweifsfreien Harnen gefunden werden. Ersteres hat unter anderen besonders Friedberg dargethan, letzteres Nothnagel, und zwar bei Ikterus. Verfasser hat auch bei Schrumpfniere Cylinder ohne Eiweifs gefunden. Die Ansicht von Bartels, dafs die Anwesenheit von Cylindern an albuminösen Harn gebunden ist, ist also nicht haltbar. Dagegen spricht auch der Befund von dicken Cylindern in den Sammelröhren der Papillen, welche die in den Henleschen Schleifen gelegenen, in welchen sich nach Ribbert die Cylinder zuerst finden, an Dicke weit übertreffen. Das konnte Verfasser bei der Choleraniere, wie bei der Scharlachniere beweisen. Es spricht also für die Entstehung von Harncylindern aus den Epithelien der Harnkanälchen:

1. der positive Befund hyaliner Kugeln in den Epithelien, aus welchen die Kugeln dann hervortreten und zu Cylindern zusammenfliefsen;

2. das Vorkommen von Eiweifs im Harne ohne Cylinder;

3. das Vorkommen von Cylindern im Harne ohne Eiweifs;

4. der Befund sehr breiter Cylinder in den Sammelröhren, welche unmöglich die Henleschen Schleifen passiert haben können. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Untersuchungen über die transitorische Albuminurie anscheinend gesunder Leute, von Thorbjom Nawass. (*Nord. med. Ark.* 1893; *Giorn. intern. d. scienze med.* 1894. No. 4.) Es wurde (und dies an einem einzigen Tage!) der Harn von 559 kräftigen Soldaten, und zwar morgens 5 Uhr und mittags untersucht und bei 98 = 15,4% Eiweifs vorgefunden. Von 70 dieser letzteren wurde der Harn auf seine weiteren Bestandteile geprüft und 69 mal Cylinder nachgewiesen. Th. schliefst aus seinen Untersuchungen, dafs

1. keine Beziehungen zu bestehen scheinen zwischen Albumingehalt des Harns und körperlichen Übungen und Muskelanstrengungen;

2. ebenso nicht zwischen Albuminurie und Ernährung;

3. kein Parallelismus besteht zwischen Quantität des Eiweifses einerseits und Säure- und Wasserstoffgehalt andererseits;

4. von den 70 genannten Soldaten 3 als nierenkrank, 19 als verdächtig angesehen werden müssen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXI. No. 3. 1. August 1895.

Geschwüriges Syphilid des Pharynx.

Von

A. Ravogli M. D., Cincinnati, Ohio.

Die Syphilis befällt den Pharynx ebenso, wie jedes andere Organ, und es sind bereits mehrfach Fälle berichtet worden, wo die primäre Läsion sogar im oberen Teile des Rachens lokalisiert war, indem die Infektion beim Katheterisieren der Eustachschen Tube übertragen worden war. Im Anfang des sekundären Stadiums kommt Syphilis des Rachens vor im Anschluſs an das spezifische Erythem, welches vom weichen Gaumen und den Tonsillen her sich auf die Pharynxoberfläche ausbreitet und manchmal eine katarrhalische Entzündung ohne charakteristische spezifische Symptome erzeugt. Plaques muqueuses, welche man so häufig an den Tonsillen, den Gaumenbögen und dem weichen Gaumen antrifft, werden nur sehr selten auf der Rachenwand beobachtet. Zeissl hat eine Plaque muqueuse am Pharynx nie gesehen, und ich selbst kann mich nicht erinnern, jemals Plaques an dieser Stelle gesehen zu haben.

Ulcerative Syphilis des Rachens wird erst in den späteren Stadien der sekundären Periode angetroffen. Da diese Affektion nicht häufig vorkommt, halte ich es für der Mühe wert, die Aufmerksamkeit des Lesers darauf hinzulenken.

Unter einer groſsen Anzahl von Syphiliskranken, die ich behandelt habe, finde ich nur vier Aufzeichnungen über Fälle mit dieser bestimmten Affektion. Es handelte sich jedesmal um Männer, welche gewohnheitsmäſsig alkoholische Getränke zu sich nahmen und Tabak kauten.

Die Läsionen entwickelten sich, während die Patienten anscheinend sich in voller Gesundheit befanden, meistens beinahe zwei Jahre nach dem ersten Auftreten des inficierenden Schankers. Bei allen vier konstatierte ich als konstante Symptome eine fieberhafte Reaktion und intensive Schmerzen beim Schlucken und auch beim Sprechen. Die Läsion stellte sich dar als ein entzündlicher, erhabener Fleck von der Gröſse eines Dime und von dunkelroter Farbe mit einer sich bald einstellenden, zentralen Geschwürsbildung. Die Mitte des Geschwürs war kraterförmig

tief ausgehöhlt und mit gelbem, diphtherischen Detritus bedeckt. Die Ränder waren bräunlich rot, scharf abgeschnitten, von der Oberfläche der Schleimhaut deutlich prominierend und mit einem entzündlichen Hofe umgeben. Die Heilung erfolgte unter Entwickelung einer flachen, oberflächlichen Narbe, welche immer als eine weifsliche Stelle auf der Schleimhaut bemerkbar blieb.

I. J. S., 25 Jahre alt, seiner Beschäftigung nach Metzger, von vorzüglichem Körperbau und Ernährungszustande, hatte im Februar 1885 einen harten Schanker auf der inneren Fläche der Vorhaut acquiriert. Im Mai desselben Jahres war ein papulöser Ausschlag nebst Schleimhautpapeln am Munde und am After hervorgetreten. Er erhielt intramuskuläre Injektionen einer 1%igen Sublimatlösung, und nach 20 Injektionen waren sämtliche syphilitischen Symptome vollständig verschwunden. Sein Gesundheitszustand war ein ganz vortrefflicher, und er lehnte alle weitere Behandlung durchaus ab. Am 19. März 1886 konsultierte er mich wieder, diesmal wegen Halsschmerzen und Fieber, was er als Folge von Erkältung deutete. Eine oberflächliche Untersuchung des Rachens ergab keine Läsionen am weichen Gaumen, und die Tonsillen waren normal, aber die hintere Rachenwand sah ein wenig gerötet aus. Da er über Beschwerden beim Sprechen klagte, und die Stimme einen nasalen Beiklang hatte, nahm ich eine rhinoskopische Untersuchung vor. Am oberen Ende des Rachens hinter dem Velum palati entdeckte ich ein Geschwür von der Gröfse eines Zehn-Centstückes mit einem entzündlichen Hofe umgeben. Dasselbe war tief und scharf in die Schleimhaut eingeschnitten, war mit gelbem, diphtherischem Detritus bedeckt und hatte geschwollene, erhöhte Ränder. Die Diagnose war, da ich die Vorgeschichte kannte, nicht schwer zu stellen, und eine gemischte Behandlung mit Einreibung von Quecksilbersalbe und innerer Darreichung von grofsen Gaben Jodkalium, sowie der lokalen Applikation von Wasserstoffsuperoxyd, um die Oberfläche zu reinigen, mit nachfolgendem Aufblasen von Jodoformpulver bewirkte in kurzer Zeit Genesung.

II. M. P., 37 Jahre alt, Arbeiter, von guter Körperkonstitution, hatte die Gewohnheit, Pfeife zu rauchen und etwas Kornbranntwein (Whisky) zu trinken. Er stellte sich am 15. Juli 1893 in meiner Sprechstunde vor und klagte über intensive Schmerzen bei jedem Versuch, etwas zu schlucken, ferner Fieber von remittierendem Typus und sehr rapides Abmagern. Er war von mir vor beinahe einem Jahre wegen eines papulösen Syphilids behandelt worden und war durch 15 intramuskuläre Injektionen von 1%iger Sublimatlösung leicht und schnell geheilt worden. Es war aber eine hartnäckige Sternalneuralgie zurückgeblieben, und ich hatte ihm deswegen Jodkalium und hinterher Pillen mit Protojodid verschrieben. Der Patient fühlte sich wohl und kam mir deshalb nicht mehr zu Gesicht bis zu der genannten Zeit, ein Jahr nach der ersten Behandlungsperiode.

Zur Zeit ist der Kranke sehr blafs, von fahler Gesichtsfarbe, abgemagert, und man findet einige geschwollene Drüsen auf dem Nacken als Beweise des vorhergegangenen Leidens. Schleimpapeln fanden sich im Munde nicht und auch nicht im Rachen, der kaum gerötet zu nennen ist. Wenn man aber die Zunge mit dem Spatel niederdrückt, sieht man an der Basis des Pharynx eine lebhafte Rötung, in deren Mitte sich ein rundes Geschwür von der Gröfse eines Vierteldollars befindet. Das Ulcus hatte scharf abgeschnittene, entzündete Ränder, die über der Fläche der Schleimhaut erhöht waren, und seine Basis zeigte ein gelbes, diphtherisches Aussehen und sonderte ein eiteriges Sekret ab.

Der Kranke erhielt Inunktionen mit Quecksilber nebst grofsen Dosen Jodkalium;

aufserdem lokale Abwaschungen des Geschwürs mit Wasserstoffsuperoxyd und Einblasungen von Jodoformpulver. Nach 20 Tagen war es vollständig ausgeheilt, und der Patient wurde entlassen.

III. W. F. T., ein junger Mann von 27 Jahren, seiner Beschäftigung nach Schankwirt, von gesunder und kräftiger Körperbeschaffenheit, der sich immer bei guter Gesundheit befunden hatte, kam zu mir im April 1892 wegen einer syphilitischen Roseola. Ein Primärsyphilid fand sich auf der Innenseite der zweiten Phalanx des rechten Daumens in Gestalt eines halb vernarbten Geschwüres auf einer indurierten Basis. Die Kubitaldrüse der betreffenden Seite war hart und geschwollen. Der Kranke erhielt 20 intramuskuläre Einspritzungen mit einer 1%igen Sublimatlösung, und das Ulcus wurde täglich mit Emplastrum hydrargyri verbunden. Nach kurzer Zeit war die Roseola vollständig verschwunden, und die Affektion am Daumen war gut vernarbt, so dafs der Patient entlassen werden konnte. Er erhielt die Anweisung, zwei Monate noch täglich zwei Pillen mit 0,015 Hydrargyrum protojodidum zu nehmen. Im Februar 1893 kam er mit pustulösen Syphiliden wieder. Einige zum Teil ulcerierte, ekthymatöse Pusteln fanden sich auf der Kopfhaut und dem Gesichte verstreut. Er unterzog sich wiederum einer gründlichen Kur und wurde, als er besser geworden war, nicht wieder gesehen.

Der Mann setzte seine frühere Beschäftigung fort, wobei er sehr viel rauchte und trank. Im August 1893 kam er in meine Sprechstunde mit Klagen über Beschwerden beim Sprechen und Schlucken. Er fieberte und war erheblich abgemagert. Als die Zunge mit einem Spatel niedergedrückt wurde, kam an der Basis des Pharynx ein rundes Geschwür zum Vorschein. Dasselbe war so grofs etwa, wie ein Viertelldollar, war von einem entzündlichen Hofe umgeben und hatte geschwollene Ränder, die zu einem gelblich grauen Grunde schräge abfielen. Es wurde eine gemischte Allgemeinbehandlung eingeleitet und aufserdem lokale Waschungen mit Wasserstoffsuperoxyd mit nachfolgender Einpuderung mit Jodoformpulver verordnet, worauf in kurzer Zeit Heilung erfolgte.

IV. Dieser Fall kam in meiner Hospitalspraxis vor und betraf einen Stuckaturarbeiter, T. P., der am 8. Februar 1895 mit einem Ulcus im Rachen aufgenommen wurde. Er hatte zwei Jahre zuvor Syphilis acquiriert und war in unserem Krankenhause deswegen behandelt worden. Er fieberte und hatte grofse Mühe beim Schlucken. Ebenso, wie die anderen, hatte dieser Patient gewohnheitsmäfsig starke Getränke zu sich genommen und hatte Tabak geraucht und auch gekaut.

Die allgemeine und lokale Behandlung war dieselbe, wie bei den anderen Fällen, und nach drei Wochen war das Geschwür vollständig vernarbt, und der Kranke wurde als geheilt entlassen.

In der Litteratur über die Syphilis des Pharynx wird über diese Art von Läsionen nicht viel gesagt. Seifert[1] von Würzburg erwähnt Geschwüre, harte Schanker und Schleimpapeln der Tonsillen und des Gaumens, aber er sagt nicht viel über den Pharynx. Ebenso bespricht S. N. Mackenzie (*Syphilis of the upper air passages*) sekundäre Läsionen des Pharynx als Folgezustände von Affektionen der angrenzenden Teile und geht auf die tertiären Erscheinungen ein, aber ohne etwas Bestimmtes über dieses Leiden anzuführen.

Meiner persönlichen Erfahrung nach möchte ich diese ulcerative Form der Rachensyphilis als ziemlich selten bezeichnen, namentlich in

[1] Syphilis der oberen Luftwege. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1893.

Anbetracht dessen, daſs von einer groſsen Anzahl syphilitischer Patienten nur vier dieselbe dargeboten haben. Alle vier Kranke waren Männer, und ich habe diese Affektion niemals bei Frauen angetroffen. Ich halte sie nicht für eine echte tertiäre Erscheinung, sondern nur für eine späte sekundäre Ulceration. Die Gewohnheiten der vier Patienten lassen den Schluſs gerechtfertigt erscheinen, daſs der Gebrauch von alkoholischen Getränken sowie das Tabakkauen einen groſsen Einfluſs auf die Entwickelung dieser ulcerativen Affektion ausüben. Der auf den unteren Teil des Pharynx durch den hinabgleitenden Alkohol und den mit scharfem Tabaksafte gesättigten Speichel ausgeübte Reiz genügt vollständig, um einen zu Geschwürsbildung führenden, entzündlichen syphilitischen Prozeſs zu erzeugen.

Die Affektion ist sehr schmerzhaft, hindert den Kranken am Essen und war in allen Fällen von Temperatursteigerungen begleitet. Die Ulcerationen heilen prompt aus, wenn man eine geeignete, allgemeine, antisyphilitische Behandlung im Verein mit lokaler Antisepsis anwendet. Als Überrest dieses ulcerösen Syphilids bleibt eine oberflächliche, weiſsliche Narbe zurück und ist lange auf der Schleimhaut zu erkennen. Niemals aber habe ich tiefe Narben durch dieses Leiden entstehen sehen, wie die durch echte Gummata des Pharynx bedingten, welche zur Strikturbildung und Beschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit dieses Organes führen können. Das Vorkommen von Fieber bei diesen Fällen und die entzündlichen Symptome führen dazu, die Affektion eher unter die sekundären Erscheinungen der Syphilis als unter die tertiären zu rubricieren.

Bei den tertiären Affektionen sehen wir eine gröſsere Neigung zu einem langsamen hypertrophierenden Vorgang, wie z. B. bei der Gummabildung, während beim Sekundärstadium die Läsionen die Neigung zur Entzündung bekunden.

Ich darf auch nicht unterlassen, die Möglichkeit eines diagnostischen Irrtums hervorzuheben, denn ohne Kenntnis der Vorgeschichte des Patienten kann die Affektion wohl als diphtherisches Geschwür angesehen werden.

Wie bereits oben hervorgehoben, giebt die lokale Reizung durch den Miſsbrauch von Alkohol und Tabak den wirksamsten Faktor ab für die Entstehung dieser eigentümlichen, ulcerativen, syphilitischen Läsion des Pharynx.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Remscheid.)

Über das Epitrichium beim Menschen, dessen physiologische Funktionen, sowie Einfluſs auf die Entstehung von Hautkrankheiten.

Von

A. H. Ohmann - Dumesnil,
St. Louis.

Es bestehen durchaus keine Meinungsverschiedenheiten darüber, daſs die Histologie ein Fach ist, welches noch keineswegs in allen seinen Teilen durchforscht ist, und welches namentlich in Bezug auf die Entwickelungsgeschichte noch der Aufklärung bedarf. Pathologisch-anatomische Untersuchungen und noch mehr die damit zusammenhängende Bakteriologie haben in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit der Forscher so sehr in Anspruch genommen, daſs man ganz vergessen zu haben scheint, wie viele ungelöste Fragen auf dem Gebiete der Morphologie und der Entwickelung der normalen Gebilde unserer noch harren. Als eine natürliche Folge dieses Übersehens hat die Histologie nicht die gleichen bedeutenden Fortschritte gemacht, wie die anderen Zweige der wissenschaftlichen, medizinischen Forschung. Und doch kann man sich kaum ein anziehenderes Studium denken, besonders wenn dasselbe im Verein mit der Teratologie und Pathologie betrieben wird, denn es enthält dasjenige, wonach wir beständig auf der Suche sind: die Erkenntnis des Wesens der zur Beobachtung gelangenden besonderen Zustände oder anormalen Vorgänge.

Es dürfte nicht unzweckmäſsig sein, die Besprechung des eigentlichen Themas durch eine kurze Schilderung des Epitrichiums einzuleiten. Diese Hautschicht wurde von Welcker[1] entdeckt und zuerst beschrieben. Bei seinen Untersuchungen an den Embryonen vom Bradypus oder Faultier fand er, daſs dieselbe aus einer zusammenhängenden, die Haare bedeckenden Schicht besteht, woher denn auch der Name (ἐπί und τρίχιον) stammt. Dies veranlaſste ihn, weitere Untersuchungen vorzunehmen, wobei er dann fand, daſs dasselbe auch bei verschiedenen anderen Säugetieren und auch beim Menschen vorkommt. Das Vorhandensein dieser eigentümlichen Membran wurde bei Reptilien von Kerbert[2] bestimmt nachgewiesen, während Jeffries[3] und Gardiner das Bestehen derselben bei Vögeln dargethan haben.

Diese Autoren sind nun nicht die einzigen, welche über den Gegen-

[1] *Haut von Bradypus.* Halle. 1864.
[2] Kerbert, B., Skin. *A. f. m. A.* XIII. 5—262. 1877.
[3] Jeffries J. A., *Proc. Boston Soc. Nat. Hist.* XXII. 3—241. 1883.

stand geschrieben haben, doch scheint bei den Dermatologen, wenn man aus ihren Werken einen Schluſs ziehen kann, nur geringes Interesse hierfür erregt worden zu sein. Soviel ich weiſs, giebt es keine systematische Abhandlung über Hautkrankheiten, in welcher dieser speziellen Frage eine etwas eingehendere Aufmerksamkeit geschenkt wird; und doch besitzt dieselbe eine über das Gewöhnliche hinausgehende Wichtigkeit für die Betrachtung nicht nur der Hautanatomie, sondern auch für die Pathogenese, Pathologie und Therapie, sowie die Prognose bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen des Integumentes. Bisher sind fast sämtliche Untersuchungen über das Epitrichium von den Pathologen und Embryologen ausgeführt worden. Gerade aus diesem Grunde beabsichtige ich, einige Augenblicke auf eine Besprechung des Epitrichiums vom anatomischen Standpunkte aus, wie ich dasselbe bei meinen Untersuchungen kennen gelernt habe, zu verwenden. Ferner möchte ich einige kurze Bemerkungen in Bezug auf die physiologischen Funktionen des Epitrichiums hieran anknüpfen, denn diese Frage wird auch in den physiologischen Werken gleichfalls übergangen.

Im allgemeinen kann man das Epitrichium als eine temporäre Epithelschicht der Haut definieren mit dem Zusatz, daſs dasselbe zur Zeit der Geburt, nachdem seine Funktionen erfüllt sind, bereits wieder verschwunden ist. Es überzieht das Stratum corneum der Epidermis und ist ein sowohl anatomisch, als auch physiologisch für sich bestehendes Gebilde. Nach den Untersuchungen der kompetenten Forscher, auf deren Publikationen oben bereits hingewiesen wurde, kommt es nicht bloſs bei Säugetieren, sondern auch bei Vögeln und Reptilien vor, sowie ohne Zweifel auch bei Amphibien und Fischen. Dieses gleichmäſsige Vorkommen giebt gewiſs diesem wenig bekannten Gebilde ein Anrecht auf eine erhöhte Aufmerksamkeit nicht bloſs seitens der Anatomen und Embryologen, sondern auch ganz besonders der Dermatolgen. Ich beabsichtige deshalb hiermit, dieses Gebilde, nur wie es beim Menschen vorkommt, zu schildern, denn ein Versuch, weiter auf die Sache einzugehen, würde zur Zeit zu viel Raum in Anspruch nehmen, und der Gegenstand verdient jedenfalls eine getrennte Besprechung in einer der vergleichenden Anatomie des Gebildes gewidmeten Abhandlung.

Ferner beabsichtige ich nicht, die Entwickelung des epidermoiden Organismus beim Menschen darzulegen, da derselbe bei allen Amnioten ziemlich der gleiche ist. Wer sich eingehender über den Gegenstand informieren will, sei auf die Veröffentlichungen von Bowen,[4] Minot,[5] Zander,[6] Curtis,[7] Unna[8] u. a. verwiesen.

---

[4] Bowen, J. P., Epitrichium. *A. A.* XXII. 685—882.

[5] Minot Charles Sedgewick, Skin. *Am. Nat.* 575—578. — Minot Charles Sedgewick, *Human Embryology.* 546—554. 1894.

Beim menschlichen Embryo ist das Epitrichium bereits im Alter von zwei und einem halben Monat zu erkennen, und von dieser Zeit an ist sein Vorhandensein unschwer zu demonstrieren. Es besteht, wie man erkennen wird, aus einer oberen Schicht von Zellen mit deutlich entwickelten Kernen nebst einer daruntergelegenen Lage von abgeplatteten Zellen mit kleineren Kernen, wobei als gemeinsame Grundlage die Bowensche Basalmembran dient. Mit dem weiteren Wachstum des Embryos werden die Zellen des Epitrichiums platter und gröfser, und das darin enthaltene Protoplasma schrumpft nach dem Mittelpunkte der Zellen hin zusammen.

Es hat sich mir die Gelegenheit geboten, eine Reihe von Präparaten anzufertigen von Embryonenhaut aus verschiedenen Entwickelungsstadien und von verschiedenen Körperteilen namentlich der Kopfhaut, hinter dem Ohr und von der Leistengegend. Ich habe gefunden, dafs bei allen Altersstufen von zwei und einem halben Monat an bis zum achten Monat das Epitrichium ganz deutlich zu erkennen war. Bei den jüngeren Präparaten sind die Zellen gröfser und voller, während sie bei älteren Objekten abgeflacht erscheinen und auf Querschnitten spindelförmig aussehen; dabei haben sie deutliche Kerne, welche stark lichtbrechend sind, so dafs man auf das Vorhandensein von Eleidin schliefsen kann. Auf Querschnitten ist sowohl das Stratum corneum, als auch das Stratum mucosum zu erkennen. Sehr klar nachzuweisen ist auch die primordiale Anordnung der Zellen und ihre Gruppierung zur Bildung der Haarknospen, wie auch das Knospen der Talgdrüsen. An den von älteren Embryonen entnommenen Präparaten sind die bereits entwickelten Haare und die durch das Wachstum dieser letzteren zur Seite gedrängten epitrichialen Zellen deutlich zu sehen. An einer durch Macerieren abgelösten horizontalen Schicht des Integumentes läfst sich sehr deutlich das Vorhandensein der das Stratum corneum überdeckenden epitrichialen Schicht demonstrieren. Anfangs sind die beiden Arten Zellen nur mit Mühe voneinander zu unterscheiden, aber zugleich mit der fortschreitenden Entwickelung nehmen die Zellen des Epitrichium eine entschieden polygonale Gestalt an, während der Kern verschwommener erscheint, und das Protoplasma so zu sagen sich auf den Mittelpunkt zusammenzieht. Ferner tritt ein gewisses Schrumpfen ein, so dafs die Zellen thatsächlich platter werden, trotzdem das Protoplasma sich ganz auf den einen Punkt zusammengezogen hat. Es macht durchaus keine Mühe, den Unterschied zwischen solchen Zellen eines sechs- bis achtmonatlichen Fötus und

[6] Zander, R., *Nagel, His. Arch.* 103—143. 1884. — Zander, R., *Nagel, His. Arch.* 273—306. 1886. — Zander, R., Hornbildung. *Ibid.* 51—96. 1888.

[7] Curtis, F., *L'ongle. Journ. de l'Anat. Physiol.* XXV. 125—186.

[8] Unna, P. G., Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Haut. *Ziemssens Encyclopädie.* 1885.

denen einer 14 Tage alten Frucht zu konstatieren. Als hervorstechende Eigentümlichkeit ist zu erwähnen, dafs die Zellen des Epitrichium viel gröfser sind als diejenigen des darunterliegenden Gebildes, und diese Ungleichheit nimmt im Verlaufe der Entwickelung immer noch zu.

Ob das Epitrichium schliefslich in die Hornschicht übergeht oder nicht, ist eine interessante und nicht ganz leicht zu entscheidende Frage. Von einigen sehr kompetenten Beobachtern ist dieselbe zwar in bejahendem Sinne beantwortet worden, doch sind gegen diese Auffassung einige gewichtige Einwände zu erheben. Wenn das Epitrichium in die Hornschicht übergeht, müfste dies jedenfalls bereits geschehen sein zur Zeit, wenn das Haar aus der Haut heraustritt, und dies ist in der That nicht der Fall, sondern es wird von dem hervorwachsenden Haar emporgehoben. Ferner werden die Zellen des Epitrichium niemals wie diejenigen der Hornschicht vollständig abgeplattet, und sie sind sowohl morphologisch, wie auch in histologischer und chemischer Beziehung von diesen wesentlich verschieden. Überdies lassen sich die beiden Schichten zu jeder Zeit voneinander abscheiden, und zur Zeit der Geburt vollzieht sich diese Trennung auf natürliche Weise; es kann also eine Vereinigung dieser beiden Strukturen kaum als wahrscheinlich angesehen werden.

Es ist durchaus keine leichte Aufgabe, eine Erklärung der physiologischen Funktionen des Epitrichium aufzustellen; dafs aber solche vorhanden sind, kann keineswegs fraglich oder zweifelhaft sein. Man könnte die Behauptung aufstellen, dafs wir es hier blofs mit einem Fortbestehen des Typus zu thun haben, doch ist diese Erklärung eben gar keine Erklärung; denn angenommen, dieselbe sei zutreffend beim menschlichen Genus, so mufs doch bei Tieren irgend eine Funktion nachzuweisen sein. Beim Bradypus ist das Gebilde viel stärker entwickelt und tritt auch vom Embryo abgelöst hervor, so dafs es, wie man gesagt hat, ein zweites Amnion bildet. Aber, kann man wohl fragen, welchen Zweck würde ein solches zweites Amnion haben? Die Untersuchung dieser eigentümlichen Membran deutet darauf hin, dafs dieselbe für Wasser undurchlässig ist, wenigstens nimmt sie wässerige Lösungen von Farben nicht sehr bereitwillig an, woraus man schliefsen könnte, dafs ihr die Eigenschaft innewohnt, die Haut gegen das Macerieren seitens des Liquor amnii zu schützen. Wenn andererseits der Embryo abgestorben ist, tritt die Maceration zwar ein, aber immerhin langsamer, als wenn die entblöfste Haut in Wasser gelegt wird. Allerdings wird diese Verhütung der Maceration auch durch andere Umstände unterstützt, z. B. durch das Festhaften des Sebum auf der Haut, was aber wiederum durch die einhegende Wirkung des Epitrichium unterstützt wird, indem letzteres sich über das entstandene Sebum oder Vernix caseosa ausbreitet. Wenn man dieses Fett von der Haut eines neugeborenen Kindes vorsichtig entfernt und die

bedeckende Membran behutsam unter's Mikroskop bringt, wird man finden, dafs dieselbe aus einer einzigen Schicht Zellen mit allen Merkmalen des Epitrichium besteht, woraus naturgemäfs gefolgert werden kann, dafs nebenbei die Fähigkeit besteht, das Sebum zurückzuhalten und somit des weiteren dem Einwirken der Maceration entgegenzuarbeiten.

Eine sehr naturgemäfse Frage in Bezug auf das Epitrichium betrifft die Zeitdauer seines Bestehens, und ob dasselbe abgestofsen wird, und wenn dem so ist, zu welcher Zeit im Fötalleben dies geschieht. Indem der Embryo an Alter zunimmt, werden die Zellen des Epitrichium immer flacher, und zugleich nehmen die Konturen eine polygonale Gestalt an, und ihre Ränder verkleben fest miteinander. Diese Veränderungen traten ein an denjenigen Teilen und zu derjenigen Zeit, da die Talgdrüsen und Haare ihre bestimmte Form annehmen, und die ihre ersten Knospen bildenden Zellen in definitiver Weise sich gruppieren. Bekanntlich ist die Entwickelung der Haare und der Fettdrüsen eine rapide, so dafs zur Zeit, wenn die Haarschafte hervortreten und das Sekret der Drüsen auf die Oberfläche hinaufdringt, das Epitrichium zu einer einzigen zusammenhängenden, definitiven Membran sich entwickelt hat, welche aus einer einzigen Schicht von flachen, epithelialen, ziemlich grofsen, aber widerstandsfähigen Pflasterzellen besteht. An den Stellen, wo die Haarbildung am stärksten ist, wie z. B. auf der Kopfhaut, wird das Epitrichium zuerst emporgehoben, und an den Stellen, wo die Fettabsonderung am lebhaftesten ist, wird es am allermeisten emporgehoben. Wo sich weder Haare noch Talgdrüsen finden, pflegt diese Abtrennung ganz zu unterbleiben, was an den Nägeln am besten nachzuweisen ist. Das Eponychium, wie Unna es (von ἐπί und ὄνυξ) benannt hat, ist ein Analogon zum Epitrichium und wird schon früher im Fötalleben beobachtet. Späterhin verschwindet es wieder, indem es aller Wahrscheinlichkeit nach im Verlaufe des Wachstums der Nägel abgestofsen wird. Der Umstand, dafs das Epitrichium während der früheren Stadien des Fötallebens sich über das ganze Integument ausgebreitet vorfindet und es andererseits im Verlaufe des späteren Entwickelungsstadiums des Embryos allmählich abgelöst wird, beweist schon, dafs es schliefslich ganz abgestofsen wird zur Zeit, wenn es aufgehört hat, ein physiologisches Erfordernis zu sein. Des weiteren ist die Beobachtung, dafs selbst bei der Geburt man es noch als eine die angehäuften Massen von sezerniertem Sebum überdeckende Schicht vorfinden kann, ein weiterer Beweis dafür, dafs die endgültige Ablösung ein relativ später Vorgang ist.

Aus der Thatsache, dafs in den Frühstadien des Embryonallebens das Epitrichium leicht zu erkennen ist, und dafs es ferner ein bestimmtes Gebilde darstellt, das aus Zellen besteht, welche von den die äufserste Schicht des Stratum corneum bildenden Zellen deutlich sich unterscheiden, kann man gleichfalls auf eine bestimmte physiologische Funktion schliefsen.

In den ersten Entwickelungsstadien ist es mit der darunterliegenden Zellschichte eng verbunden, späterhin löst es sich aber von derselben in der eben angegebenen Weise ab. Falls hingegen eine Stockung in der Entwickelung der Haare und Talgdrüsen eintritt, bleibt dieses Abheben des Epitrichium aus, und letzteres bleibt fest an dem daruntergelegenen Stratum corneum haften, indem die Trennung erst gleichzeitig oder beinahe gleichzeitig mit der Geburt sich vollzieht. In der Zwischenzeit überträgt sich der zur Entwickelung drängende Trieb, der den Haaren und Talgdrüsen hätte zu gute kommen sollen, auf die Hornschicht, und diese bietet dann eine rapide und ausgesprochene Vermehrung der Zellen dar, indem sie sich verdickt und ein hornartiges Aussehen annimmt. Dafs das Epitrichium nicht als integrierender Bestandteil ins Stratum corneum übergeht, kann man leicht durch Doppelfärbungen nachweisen, indem die Zellen des Epitrichium sich wieder entfärben, während diejenigen des Stratum corneum die Farbe behalten. In Verbindung hiermit tritt uns die Frage entgegen, ob nicht vielleicht diese Verdickung der Hornschicht durch das fortdauernde Anhaften der in Rede stehenden bedeckenden Membran bedingt wird. Dies ist offenbar nicht der Fall, sondern diese Gröfsenzunahme beruht vielmehr auf dem Stillstand in der Entwickelung der Haare und Talgdrüsen, welcher möglicherweise seinerseits bedingt ist durch einen von aufsen einwirkenden Druck. Letzterer wäre hinwiederum ein wesentlicher Faktor zur Erzeugung der Vereinigung von Epitrichium und Stratum corneum.

Wenn der Prozefs ein allgemein ausgebreiteter ist, nimmt die Verdickung der Hornschicht die gleichen Dimensionen an, und es entwickeln sich die verschiedenen Formen von Ichthyosis, welche man als Xeroderma oder Ichthyosis diffusa, Ichthyosis simplex und Ichthyosis congenita (Harlequin foetus) kennt. Es sind dies einfach Abarten eines und desselben Prozesses, während die Ichthyosis hystrix und Ichthyosis sebacea in gewisser Beziehung diesen analog sind, aber mit dem Zusatz einer abnorm gesteigerten Absonderung von Sebum. Indessen mufs es gewifs wahr sein, dafs der ichthyotische Prozefs seine Entstehung derselben Ursache verdankt, wie die anderen Formen, und es kommt noch eine besondere Entwickelung der Talgdrüsen hinzu, deren Thätigkeit nicht nur fortbesteht, sondern sogar abnorm gesteigert wird durch den Reiz, welchen der Druck des verdickten Stratum corneum ausübt. Bei allen den ersteren ichthyotischen Vorgängen ist ein deutlicher Mangel in der Entwickelung der Talgdrüsen erkennbar, und bei sämtlichen Arten der Ichthyosis findet man die Lanugohaare an Zahl vermindert und an Gröfse verkümmert. Die Haut ist rauh und trocken oder voll Furchen und Stacheln, und diese Beschaffenheit bleibt trotz der sorgfältigsten Behandlung bestehen und wird durch dieselbe im günstigsten Falle nur etwas gelindert.

Wenn das Epitrichium nur auf zirkumskripten Gebieten adhärent ist, entsteht eine lokalisierte und beschränkte Ichthyosis, welche sich über ihre primären Grenzen hinaus nicht weiter ausdehnt. Eine Eigentümlichkeit, die man öfters in Verbindung mit einer umschriebenen Ichthyosis beobachtet, ist der Umstand, dafs diese sich nach der Beschaffenheit des gerade ergriffenen Teiles der Haut zu richten pflegt. Wenn es sich um Handteller oder Fufssohlen handelt, ist die Verdickung eine viel erheblichere, als beim Vorkommen an den Beugeflächen, und auf diesen letzteren ist sie niemals so deutlich ausgeprägt, wie auf den Streckseiten des Integumentes, was durch alltägliche Beobachtungen bestätigt werden kann.

Auffallend ist ferner die sowohl bei lokaler, wie bei allgemeiner Ichthyosis beobachtete Thatsache, dafs das Gesicht und die Achselhöhlen selten oder nie ergriffen sind. Dies erklärt sich aber sehr einfach durch den Umstand, dafs an diesen Stellen die Talgdrüsen sich frühzeitig und rapide entwickeln, so dafs sie regelmäfsig eine ziemlich erhebliche Ausdehnung erreichen, was auch von den Haaren der Kopfhaut gilt, welch letztere ebenfalls auffallend resistent gegen den Einfluſs des ichthyotischen Prozesses erscheint.

Nach der anatomischen Untersuchung des Epitrichium in seinen verschiedenen Stadien zu urteilen und auf Grund der kritischen Untersuchung der verschiedenen bei dieser Frage in Betracht kommenden Punkte hat sich mir die Ueberzeugung aufgedrängt, dafs es gar nicht möglich ist, an der wichtigen Rolle zu zweifeln, welche das Epitrichium in Bezug auf die Entwickelung des menschlichen Integumentes spielt. Und dasselbe ist nicht nur in dieser Hinsicht von Bedeutung, sondern es ist von durchaus nicht untergeordneter Wichtigkeit für die Entstehung mehrerer keratogener Hautkrankheiten, wie es denn auch durchaus nicht unwahrscheinlich ist, dafs der Lichen pilaris auf gewisse Weise seine Entstehung dem nämlichen Gebilde verdankt. Es giebt auch andere Affektionen von einer ähnlichen pathologischen Beschaffenheit, welche ebenfalls gewifs einer eingehenderen Untersuchung bedürfen. Wie die Ichthyosis, kommen sie nicht gerade selten vor, vielmehr sind sie viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird, so dafs gründliche und beweiskräftige Untersuchungen leicht anzustellen wären. In dieser kurzen Mitteilung kann irgend ein Versuch, auf derartige Betrachtungen einzugehen, keineswegs angebracht sein, zumal es meine Absicht war, den Gegenstand nur vom allgemeinen Gesichtspunkte aus zu erörtern, da spezielle Fragen mehr Raum erfordern würden, als zur Zeit zu Gebote steht.

Von verschiedenen Forschern ist für die Ätiologie der genannten Hautkrankheiten eine Erklärung vorgebracht worden, welche nicht als stichhaltig erachtet werden kann. Man hat nämlich die Ichthyosis als eine hereditäre Erkrankung bezeichnet, indem man diese Ansicht darauf stützte,

dafs Fälle beobachtet worden sind, bei denen ein ichthyosiskranker Ascendent ein oder mehrere Kinder mit demselben Leiden erzeugte, oder dafs die Affektion bei Gliedern derselben Familie durch mehrere Generationen hindurch vorgekommen ist. Es ist möglich, dafs eine anatomische Eigentümlichkeit von den Eltern sich auf die Kinder überträgt, aber dafs dies bei pathologischen Prozessen der Fall sei, ist eine Behauptung, die der Vernunft widerstreitet. Wenn wir annehmen, dafs eine anatomische Absonderheit von den Eltern auf das Kind übertragbar sei, so ist leicht zu begreifen, dafs eine gestörte oder unvollständige oder andererseits eine gesteigerte Entwickelung vorkommen kann, und in Bezug auf die in Rede stehende Affektion ist es denkbar, dafs eine Uebertragung der Entwickelungsanomalie an den Talgdrüsen vorkommen könnte, und dafs somit letztere ihre eigentliche Gestalt, Gröfse und sekretorischen Funktionen nicht erreichen würden. Dieser Mangel seinerseits würde es dem Epitrichium ermöglichen, sich an das Stratum corneum fest anzuschliefsen, was dann hinwiederum eine wirksame Ursache der Ichthyosis und ähnlicher Erkrankungen abgeben würde. Als eine partielle Erklärung mag dies zwar gelten, aber der Gegenstand ist ein so umfangreicher, dafs ein jeder Teil desselben schon seiner eigenen Besonderheit wegen eine spezielle Untersuchung und gründliche Besprechung verdient.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Remscheid.)

Aus der Praxis.

Bleiwasserliniment in der Hauttherapie.

Von

Prof. C. Boeck - Christiania.

In den letzten Jahren habe ich bei der Behandlung verschiedener, entzündlicher, stark juckender, nicht nässender Hautkrankheiten so gute Resultate mit folgendem Bleiwasserliniment gehabt, dafs ich diese Therapie ganz besonders empfehlen darf. Das Liniment hat folgende Zusammensetzung:

℞ *Talci pulv.*
Amyli ā 100,00
Glycerini 40,00
Aquae plumbi q. s. (200,00)
ut fiat linimentum.

Wenn das Liniment, was mitunter bei sehr empfindlicher Haut vorkommt, ein leichtes Brennen hervorruft, kann die eine Hälfte des Bleiwassers durch 1%iges Borwasser ersetzt werden.

Dieses Liniment mufs jedesmal, wenn es angewendet werden soll, ordentlich umgerührt und mit so viel von gewöhnlichem kalten Wasser, gewöhnlich der doppelten Menge, versetzt werden, dafs die Masse sehr dünnflüssig wird. Es wird dann das Medikament mittelst Watte oder einer Malerbürste auf die kranken Hautflächen gestrichen. Die Haut bleibt einige Minuten unbedeckt, bis der dünne Überzug eingetrocknet ist. Der Patient kann sich dann ohne irgend einer Bandagierung nach Umständen ankleiden oder zu Bette gehen und hat wenigstens eine halbe Stunde nachher ein angenehmes kühlendes Gefühl, das beinahe jedes, selbst das stärkste Jucken vertreibt. Die Procedur kann natürlich, so oft man will und das Jucken es verlangt, wiederholt werden.

Diese Behandlung ist zu gleicher Zeit eine kühlende Waschung und ein gelindes Einpudern der Haut. Aufserdem wirkt das Mittel durch den Bleiwassergehalt adstringierend und antiseptisch. Damit ist auch gesagt, bei welchen Krankheiten die Behandlung indiciert ist: vor allem wird bei akuten, papulösen, sich schnell verbreitenden Ekzemen augenblickliche Linderung und auch sehr schnelle Heilung erzielt. Es mufs aber streng aufgepafst werden, dafs das Mittel nicht auf vesikulöse, nässende oder mit Borken bedeckte Ekzeme appliciert wird, da solche Ekzeme dabei nur verschlimmert werden. Auch gegen gewisse mehr chronische, trockene Ekzeme, wie sie z. B. oft sehr verbreitet und sehr lästig bei älteren Leuten vorkommen, giebt das Mittel meistens sofort Linderung und Besserung und bei fortgesetzter Anwendung auch Heilung des Leidens. So habe ich in diesem Augenblicke in meiner Abteilung ein beinahe universelles, chronisches, trockenes, papulöses, stark juckendes Ekzem bei einem älteren Manne, wo die eine Hälfte des Körpers mit Thiolpinselungen und Puder und die andere Hälfte mit dem Liniment behandelt wird, und die Heilung schreitet ohne Vergleich viel schneller unter der Behandlung mit dem Linimente, wie mit den Thiolpinselungen vorwärts. Vor einigen Monaten wurde ein ähnlicher, sehr chronischer Fall ebenfalls in der Hospitalsabteilung mit dem Linimente behandelt und in verhältnismäfsig kurzer Zeit beinahe geheilt entlassen. Dabei wirkt das Mittel, wie gesagt, auch antiseptisch und bakterientötend, so dafs keine komplicierende Pustel- oder Furunkelbildung infolge des Kratzens zu stande kommt. Ganz besonders praktisch und wirksam habe ich ferner das Liniment bei den oft so verzweifelten und hartnäckigen Ekzemen um den After und die Genitalien gefunden, und zwar gewährt das Mittel auch hier nicht nur Linderung, sondern schliefslich Heilung. Es ist in der That das beste Mittel gegen diese sehr lästigen

Ekzeme, das ich kenne. Obschon es im allgemeinen auf der Hand liegt, dafs ein solches Liniment am besten gegen ganz oberflächliche Hautleiden wirkt, kommt es also, wie man sieht, auch vor, dafs tiefere Prozesse sehr günstig beeinflufst werden können.

Auch anderen, entzündlichen, stark juckenden Dermatosen gegenüber, wie z. B. bei Lichen ruber und bei diffusen, stark entzündlichen Fällen von Psoriasis, leistet das Liniment vorzügliche Dienste. Bei der Dermatitis herpetiformis von DUHRING dagegen wirken Schwefelsalben und Thiolpinselungen besser.

Ich wiederhole es hier noch einmal: Bei allen nässenden Hautaffektionen ist die Anwendung des Linimentes geradezu kontraindiciert.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 11. Juni 1895.

(Originalbericht von L. HOFFMANN-Berlin.)

1. Herr LASSAR: Vorstellung eines Falles von **allgemeiner Keloidbildung**. Das Charakteristische des vorgestellten Falles ist nicht die Keloidbildung allein, sondern die Koincidenz der Keloide mit den Venenstämmen; deshalb haben die Tumoren einen varikösen Charakter und sind stark gefäfshaltig. Die Keloide bei den Patienten finden sich beiderseits an dem unteren Rumpfteil und den Unterextremitäten. Sie sind in kurzer Zeit an dem sonst ganz gesunden Individuum entstanden. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs das Gewebe das des Fibroms ist.

Herr LEWIN würde diese Tumoren, da ihre Form, die Konsistenz (sie fühlen sich nämlich weich an) und gerade die Farbe nicht für Keloide sprechen, für fibromatöse Tumoren halten.

2. Herr SAALFELD: Vorstellung eines Falles von **Erythema bullosum oder Pemphigus**. Die vorgestellte Patientin leidet seit $^3/_4$ Jahren daran. Das Leiden begann mit einer kolossalen Urticaria mit Blasenbildung, und S. konnte damals eine Blase im Munde konstatieren. Man sieht heute noch die zurückgebliebene Röte von den Quaddeln an den Unterextremitäten und auf der Nase die Überreste einer Blase. Patientin ist 62 Jahre alt, hat 19 Kinder geboren und im übrigen ganz gesund. Fieber ist niemals vorhanden gewesen.

3. Herr HELLER: **Über Thiol**. Die chemische Industrie überschüttet fortdauernd die ärztliche Welt mit einer solchen Menge bester und allerbester Heilmittel, dafs jede Möglichkeit einer ruhigen und exakten Prüfung fehlt. Derjenige Arzt, der zuerst ein neues Mittel anwendet, ergreift es mit gläubigem Enthusiasmus; er findet schnell Nachfolger, die ihre an einigen Kranken gemachten Erfahrungen der Welt nicht vorenthalten wollen; die Fabrik sorgt durch geschickte Reklame für Verbreitung aller günstigen Berichte; aber sehr bald folgt die Ernüchterung, das Aristol wird durch das Optimol verdrängt. Infolge dieser wilden Jagd hat sich in weiten Kreisen des ärztlichen Publikums eine völlig verständliche Abneigung gegen chemische Heilmittel

und vor allem gegen neue Präparate herausgebildet. Nichtsdestoweniger muſs Vorsorge getroffen werden, daſs die Ärzte aus Opposition gegen die Vielgeschäftigkeit der Chemiker nicht in das entgegengesetzte Extrem verfallen, nicht wirklich brauchbare Heilmittel ungebührlich vernachlässigen. Es scheint daher zweckmäſsig, daſs neuere Medikamente nicht nur unmittelbar nach ihrem Erscheinen auf dem chemischen Markte Gegenstand des Interesses der Ärzte sind, sondern auch längere Zeit nach ihrem Übergange in den Arzeneischatz einer kritischen Prüfung unterzogen werden. Erfolgt dieselbe vor einer Versammlung von Fachkollegen, die ihre positiven oder negativen Erfahrungen in der Diskussion mitzuteilen in der Lage sind, so dürfte sich der Wert eines Präparates bestimmen lassen. Von diesem Gesichtspunkte aus will Vortragender eine Diskussion über das seit sieben Jahren in die Therapie eingeführte synthetische Ichthyol, das Thiol, herbeiführen. Er glaubt dies um so mehr thun zu dürfen, als, so weit ihm bekannt ist, nur neun Arbeiten über Thiol in der Litteratur bekannt sind und die Zahl der mit Thiol behandelten Kranken nicht so groſs ist, daſs nicht die von ihm behandelten ca. 145 Fälle als Basis einer Kritik dienen könnten.

Das Thiol wird aus braungefärbten Paraffinölen, die durch Destillation der Braunkohle gewonnen werden, hergestellt. Durch Erhitzen derselben mit 10% Schwefel tritt eine Bindung des letzteren unter Entstehung von geschwefelten Kohlenwasserstoffen ein. Diese werden mit Alkohol extrahiert und nach Verdunstung des Lösungsmittels mit konzentrierter Schwefelsäure erhitzt. Durch Zusatz von Wasser wird ein Teil der Schwefelsäure ausgewaschen, ein anderer Teil wird durch Ammoniak abgestumpft. Durch einen Dialysierungsprozeſs wird das Thiol, das Ammoniumsalz der Sulfosäure der geschwefelten Kohlenwasserstoffe, von den Verunreinigungen getrennt. Die so gewonnene Lösung wird im Vacuum zum Thiolum liquidum, das 40% Trockenrückstand hinterläſst, eingedunstet oder völlig zum Thiolum siccum getrocknet. Letzteres kommt pulverisiert oder in Form glänzender Lamellen in den Handel. Das Thiol zeigt chemisch mit dem Ichthyol groſse Ähnlichkeit, hat jedoch ein geringeres spezifisches Gewicht. Das Ichthyol enthält unangenehm riechende Substanzen und noch 4,3% Ammoniumsulfat von der Herstellung, während das Thiol fast geruchlos ist und nur 0,9% Ammoniumsulfat enthält.

Wenn man die Litteratur über das Thiol durchsieht, so begegnet man einem groſsen therapeutischen Enthusiasmus. Die Zahl der Kranken, gegen welche das Thiol helfen soll, ist eine sehr groſse. Nichtsdestoweniger will Vortragender eine Übersicht der Krankheiten, gegen die Thiol emptohlen wurde, geben und in der Kritik seine eigenen Erfahrungen anführen. Die Beobachtungen des Vortragenden sind an sich vielleicht zu wenig zahlreich, um bindende Schlüsse auf sie zu basieren. Sind doch in keinem Gebiete der Medizin die groſsen Zahlen — wenn Zahlen überhaupt etwas beweisen — so erforderlich, wie in der Therapie. H.'s Krankenmaterial entstammt nicht der Hospital- oder poliklinischen, sondern der hausärztlichen oder einer analogen kassenärztlichen Praxis. Es war ihm daher unmöglich, fast jeden Fall bis zum völligen Ablauf zu verfolgen. Wenn man bedenkt, wie die Klientel der Polikliniker fluktuiert, wie auch in den Hospitälern viele Kranke gar nicht den Ablauf der Krankheit abwarten können, so wird man gerade den bis zu Ende durchgeführten Beobachtungen einigen Wert beilegen. Dazu kommt, daſs H. das Thiol nicht zu Versuchszwecken, sondern nach strenger durch die bisherigen Erfahrungen gegebene Indikation angewendet hat. Von der Überzeugung ausgehend, daſs man von einem Medikament keine Wunder, sondern eine physiologische, seinen chemischen Eigenschaften entsprechende Wirkung erwarten soll, hat er bei Hypersekretion, Parakeratosen, tuberkulösen und syphilitischen Prozessen ebenso auf die Anwendung des

Thiols verzichtet, wie bei den Hauterkrankungen, die nur als Ausdruck einer allgemeinen Intoxikation oder Infektion (Urticaria, Erythema exsudativum etc.) aufzufassen sind. Endlich hätte er es für eine Arzneiverschwendung gehalten, bei ganz unbedeutenden Affektionen, Kratzwunden, ganz leichten Exkoriationen und Ekzemen, harmlosen Wunderythemen, Herpes progenitales-Eruptionen u. s. w. das relativ teure Thiol zu verordnen, wo die gewöhnliche Zink- und Bleisalbe völlig genügt. Aus demselben Grunde hat er bei Kontusionen von der Thiol-Therapie abgesehen. Für die interne Darreichung empfiehlt Buzzi, Thiol in Oblaten- oder Pillenform, eventuell bei unbemittelten Kranken das flüssige Thiol in Wasser tropfenweise zu geben. Lange behauptet, das Thiol rege erst auf und mache dann schläfrig. Buzzi leugnet diese Wirkung und giebt an, dafs das Thiol ein mildes Laxativum sei. Letztere Wirkung ist auf den Schwefelgehalt zurückzuführen. Da Buzzi jedoch innerlich nur dreimal täglich 3—20 Tropfen, also höchstens 3 g Thiol. liquid. oder 0,1—3,0 Thiol. sicc. verordnet, so ist die Schwefeldosis — das Thiol enthält 10% Schwefel — 0,01 bis 0,3 gegenüber der Laxations-Sulfurgabe (4—8 g) aufserordentlich gering. Buzzi giebt Thiol bei gewissen hartnäckigen Ekzemen- und Psoriasisfällen, bei Erythema nodosum, bei Urticaria, Acne rosacea. Seine Erfolge sollen ermutigend sein, sind aber der Zahl nach noch gering. Reeps selbst nahm gröfsere Mengen von Thiol 25 : 100 Wasser, ohne irgend welche schädliche Wirkung zu verspüren. Bisher fehlen jedoch alle Versuche über die Resorption des Thiols von dem Intestinaltractus aus. Es erscheint daher wenig rationell, speziell bei Hautkrankheiten intern Thiol zu geben. Die wenigen Versuche, die H. in der Rosenthalschen Klinik mit der internen Darreichung von Ichthyol zur Zeit seiner damaligen Thätigkeit gemacht hat, können nur sein negatives Urteil bestärken. Die äufsere Anwendung des Thiols bei eigentlich chirurgischen Krankheiten ist besonders von Bidder empfohlen worden. In sieben Fällen von leichter Kontusion, Distorsion, Hydrarthus wandte er Thiollösungen mit gutem Erfolge an. Ob man hier wirklich eine spezifische Wirkung des Medikamentes annehmen darf, erscheint doch wohl noch zweifelhaft. Wenn Kontusionen und subkutane Hämorrhagien, Distorsionen des Fufses bei Thiolumschlägen in 2—3 Tagen heilen, so darf man wohl annehmen, dafs die Affektionen an sich unbedeutend gewesen sind. Erhebliche Verletzungen, z. B. auch ein grofser Bluterguſs unter der Kopfhaut brauchte auch bei Thiolumschlägen vier Wochen zur Heilung. Es ist ja zuzugeben, dafs das Thiol eine gewisse gefäfskontrahierende Wirkung ausübt; ob dieselbe aber so stark ist, dafs traumatische Gefäfsläsionen mehr als durch die einfache Wirkung der Kälte bei kühlen Wasserumschlägen beeinflufst werden, bleibt noch zu beweisen. Ähnlich steht es mit der Wirkung des Thiols bei rheumatischen Affektionen. Bidder führt einen Fall an, in dem rheumatische Schmerzen und Ödeme an den Malleolen in zwei Tagen, einen anderen, in dem Rheumatismus und Hydrarthus genu sinistri in zehn Tagen geheilt sein sollen. Buzzi empfiehlt bei rheumatisch-gichtischen Affektionen eine 10%ige Thiolseife. H. hat es bei rheumatischen Krankheiten gar nicht versucht. Mehr Erfahrungen liegen über das Erysipel vor. Bidder sah in zwei Fällen von Erysipel und Lymphangoitis gute Erfolge von Thiol. Schwimmer konstatierte in einigen ausgebreiteten Fällen von Erysipel, die sowohl im Gesicht, als auch in grofser Ausdehnung und sich fortpflanzender Ausbreitung über den gröfsten Teil der Körperoberfläche sich entwickelt hatten, eine bemerkenswerte günstige Rückbildung der geschwollenen und entzündeten Hautpartien. Eine Coupierung des Prozesses trat allerdings nicht ein. Rudneff hat von einer 40%igen Lösung des Thiol. liquid. in 15 Fällen sehr geringe Resultate gesehen. Dreimal gelang es, den Prozefs unter erheblichem Abfall des Fiebers in einem Tage zum Stehen zu bringen. Es ist jedoch zu beachten, dafs R.'s Kranke aufser der Thiol-

Medikation innerlich 0,6 Kalomel und bei hoher Temperatur zweimal täglich 0,6 Chin. sulf. erhielten.

Das Ekzem bietet die Hauptindikation für die Anwendung des Thiols. Drei Kranke mit universellem Ekzem sah Schwimmer schnell gebessert werden, bei zweien derselben wurde allerdings durch das Thiol die Spannung der Haut infolge der Austrocknung so stark, dafs Fettmittel angewandt werden mufsten. Bei akutem partiellen Ekzem bewährte sich Thiol in 35 Fällen. Bei symmetrischer Erkrankung wurde eine Seite mit Thiol, die andere Seite mit den gewöhnlichen Salben behandelt und dabei festgestellt, dafs Rötung und Schwellung schneller abnahmen, Überhäutung früher eintrat. Ebenso wie Schwimmer hebt auch Stepp die austrocknende Wirkung des Thiols hervor. Letzterer verordnete 10%ige Thiol-Axungia porci-Salben oder 50%ige Thiol. liquid.-Lösungen. Bidder rät, eventuell die nässenden Ekzemzellen mit desinficierenden Flüssigkeiten abzuwaschen und Thiol. sicc. aufzustreuen. Buzzi ist bei akutem Ekzem ein Gegner der Salbenanwendung, da die letztere für die Abkühlung verlangende Haut schlechte Wärmeleiter darstellen. Die Eigenschaft des Thiols eine Porenschicht zu bilden, wo die Haut einer solchen entbehrt, ist bei den intertriginösen Ekzemen von Vorteil. Bei solchen Fällen rät Buzzi, 2—10%ige Thiolsalbe, bei chronischen (Eccema marginatum, Erythemen) 5—15%ige Thiolseifen zu nehmen. Stepp will beim Intertrigo das Thiol. sicc. vorziehen. Ganz besonders mit dem Thiol zufrieden ist Buzzi bei den nach Scabies oder infolge Prurigo entstandenen, sowie bei dem impetiginösen Ekzem. In das Lob des Thiols beim impetiginösen Ekzem stimmen auch Schwimmer, Bideer und Stepp ein. Buzzi berichtet ferner über günstige Resultate beim Eccema varicosum. Dagegen sah Schwimmer keinen wesentlichen Effekt bei den chronischen Ekzemen. Er nimmt an, dafs das Medikament nicht genügend reizend auf die verdickten, teilweise verhornten, mitunter hyperplastischen Zellenlagen wirkt. H. hat 62 Fälle von Ekzemen behandelt und im allgemeinen eine günstige Wirkung des Thiols konstatieren können. Es trat dieselbe besonders deutlich da hervor, wo anderweitige Maceration schon stattgefunden hatte. Einige Fälle zur Illustration. Ein junger Mann (Student), der häufig an Ekzemen gelitten hatte, trat mit ausgebreitetem Ekzem des Gesichtes, des Halses und der Arme in Behandlung. Nach einwöchentlicher Anwendung einer 8%igen Thiolpaste war er fast völlig geheilt. Die Heilung hatte in den vorhergehenden Anfällen stets viele Wochen lang auf sich warten lassen. Eine etwa 55jährige Frau war nach einem gynäkologischen Eingriff infolge angewandter Antiseptica an einem allgemeinen, mit unerträglichem Jucken einhergehendem Ekzem erkrankt. Es waren alle bekannten Mittel von den behandelnden Ärzten angewendet. Bei Thiolwasser wurde sofort Besserung, in ca. zwei Wochen Heilung erzielt. Gewerbeekzeme besserten sich sehr bald danach. Wurde es der hohen Kosten wegen ausgesetzt und dafür Salicylpaste angewandt, so trat sofort eine Verschlimmerung ein. Bemerkenswert war auch die prompte Wirkung des Thiols bei einem im Anschlufs an die Impfung entstandenen Ekzem, das dem zuerst behandelnden Kollegen gegenüber eine ganze Reihe zweckmäfsig angewandter Mittel sich refraktär erwiesen hatte. Bei Intertrigo war in zwei Fällen bei reichlicher und rationell ausgeführter Talcumbehandlung erst durch Thiol Heilung zu erzielen. Recht auffallend war auch der Erfolg des Thiols bei den varicösen Ekzemen. Der eine Fall betraf ein Dienstmädchen, das ihre Arbeit nicht aussetzte. Trotzdem infolge der hochgradig entwickelten Varicen und des heftigen Juckreizes ein grofses Fufsgeschwür zu entstehen drohte, trat bei Thiolsalbenbehandlung eine wesentliche Besserung ein.

Recht gut wirkt auch das Thiol bei den mit starker Verdickung der Epidermis einhergehendem Gewerbeekzeme der Hände (Xerodermie). Selbstverständlich wurde es

hier in der Form der Priessnitzschen Einwickelungen angewandt. Vor allem fiel der schnelle Schluſs der recht schmerzhaften Rhagaden auf. In einer mit starker Hyperidrosis einhergehenden Anilindermatitis sistierte unter Thioleinwirkung die Schweiſssekretion auffällig schnell.

Was die Form der Ordination anbetrifft, so wandte H. nur Thiol. liquid. an. Meist lieſs er das reine Präparat, mit dem 3—10fachen Wasser verdünnt, zu Umschlägen oder Einwickelungen anwenden. Wo Fett indiciert war, gab er Thiol 20 bis 10% mit Vaselin, wenn zugleich eine austrocknende Wirkung erzielt werden sollte, mit Zinkpaste 5—20%. Wenn Buzzi und Schwimmer hervorheben, daſs das Thiol völlig frei von irritierender Nebenwirkung ist, so kann H. das nicht bestätigen. Bei einem jungen Manne, der an chronischem Ekzem der Schamgegend litt, verursachte eine nur 6%ige Thiolsalbe eine ziemlich starke Reizung. Es trat eine akute Exacerbation auf, die allerdings auf den Gesamtverlauf des chronischen, mit starkem Jucken verbundenen Ekzems eher günstig wirkte, jedenfalls aber als Reizerscheinung aufzufassen war. Selbstverständlich ist das Thiol auch nicht unfehlbar. In einem vielfach anderweitig behandelten Falle von akutem vesikulösen Ekzem der Hände schien es anfangs den Prozeſs coupieren zu wollen, im weiteren Verlauf versagte es jedoch völlig. Freilich gelang es auch auf anderem Wege (Puder, Argentum nitricum, Pinselung etc.) nicht, der Affektion Herr zu werden. Auch bei einem Falle von Xerodermie, chronischem Ekzem der Hände mit Hyperkeratose versagte das Thiol völlig. Ebenso in zwei Fällen von impetiginösem Kopfekzem der Kinder. Bei Verbrennungen hat Schwimmer das Thiol. sicc. in Pulverform angewandt, auch 10- bis 20%ige Salbe benutzt. Auch Bidder ist mit der Medikation zufrieden. H. hat in einem Falle einer cirkumskripten Verbrennung die austrocknende Wirkung des Thiols konstatieren können. Besser als die bisher üblichen Mittel hat es nicht gewirkt. In einem Falle ausgedehnter Verbrennung versagte es. Der betreffende Knabe empfand bei der Applikation von Bleiwasserumschlägen mehr Linderung, als bei Thiol.

Auch bei Blasenausschlägen (Herpes labialis und Herpes zoster) verwandten Buzzi, Stepp und Schwimmer Thiol. H. hat in zwei Fällen von Herpes progenitalis günstige Wirkung gesehen. Bei einem von einem typischen Herpes zoster des elften Interkostalnerven leidenden Knaben brachten Thiolumschläge Linderung der vorher recht intensiven Schmerzen und schnelle Heilung. Beim Pemphigus, Erythema exsudativum und bei der Purpura versuchte Buzzi das Thiol gleichfalls mit günstigem Erfolge, was H. bezweifelt. Es sei wohl denkbar, daſs die einzelnen Blasen oder Efflorescenzen schneller schwinden, die Affektion selbst wird aber dadurch wenig beeinfluſst. Ein Kollege behandelte einen Fall von Erythema bullosum, dessen weitere Behandlung H. später übernahm, mit Thiol; es wurde schlecht vertragen. Bei indifferenter Puderbehandlung und interner Darreichung von Antipyrin erfolgte Heilung.

Bei Acne vulgaris und Acne rosacea haben die Autoren Thiol verwandt. Schwimmer empfiehlt 30%ige Waschungen, Buzzi 10%ige Seifen; letzterer hebt jedoch selbst hervor, daſs bei der Acne rosacea die Wirkung des Thiols nur eine palliative ist, daſs die Hauptsache die Beseitigung der Cirkulationsstörung sei. In zwei Fällen von Acne necrotica hat H. das Thiol mit zufriedenstellendem Erfolg angewandt. Dagegen hat er häufig die keratoplastische Eigenschaft des Thiols bei der Heilung der Ulcerationen verschiedenster Art erprobt. In zwei Fällen von Fuſsgeschwür schien mir das Thiol, in feucht-warmen Umschlägen appliciert, besser vertragen zu werden, als die meisten der sonst verwandten Mittel, insbesondere als die essigsaure Thonerde. Die auſserordentlich groſse Toleranz der Haut gegen das Thiol zeigte sich besonders eklatant bei einem Falle von Ulcus cruris osteomyeliticum. Über der

stark verdickten Tibia eines 53jährigen Mannes zog eine verdünnte Haut, die in eine Knochenrinne hineinzog. In der Tiefe derselben war ein nekrotisches Knochenstück sichtbar. Der Kranke lehnte jeden operativen Eingriff ab; es gelang, auf Thiolumschläge ca. 1½ Jahre lang die Arbeitsfähigkeit des Mannes zu erhalten. Auch Moncorvo und Schwimmer heben die günstige Wirkung des Thiols gerade bei Fufsgeschwüren hervor. Wie die übrigen Autoren, kann H. auch den vorteilhaften Einfluſs des Thiols auf verschiedenartige Ulceration konstatieren. So wirkte z. B. auf ein syphilitisches Geschwür der Nase, auf welchem sich bis dahin stets Borken gebildet hatten, deren Entfernung schmerzhaft war, nachdem Jodolsalbe vergeblich versucht war, Thiolsalbe recht günstig; die Heilung, die prompt eintrat, macht er allerdings von der spezifischen Therapie abhängig.

Einen besonderen Einfluſs auf ein Ulcus durum hat er ebensowenig, wie auf einen Fall von Ulcus molle wahrnehmen können. Dagegen sollen Ekzeme in der Umgebung der syphilitischen Geschwüre infolge der Anwendung der Desinficentien oder der Arrosion, durch das Sekret entstanden, in vier Fällen recht gut bei Thiolsalben und Thiolumschlägen geheilt sein. H. hat noch eine Reihe von Affektionen zu erwähnen, in denen das Thiol den Juckreiz herabzusetzen und damit günstig auf die sekundären Krankheitserscheinungen zu wirken schien. In fünf Fällen von Pruritus ani et vulvae wurden Thiolwaschungen angewandt; in keinem Falle handelte es sich um Diabetes. Der Erfolg war bei einem schon vielfach behandelten Ausländer sehr auffallend. Suggestion war ausgeschlossen, da ein gleichzeitig von ihm behandeltes Ohrenleiden nicht besser wurde. Daſs die juckenmildernde Wirkung des Thiols, die z. B. Schwimmer leugnet, in der That besteht, erfuhr er in fünf Fällen von Strophulus infantum, bei denen er nebenbei Sodabäder ordinierte. In einem Falle von Prurigo bei einem vierjährigen, vielfach behandelten Knaben versagte jedoch das Thiol völlig. Was die Wirkung des Thiols bei parasitären Krankheiten der Haut anbetrifft, so heben Schwimmer, Buzzi und Bidder die günstige Wirkung bei Impetigo contagiosa hervor. H. kann dieselbe nach fünf Beobachtungen bestätigen. In einem Falle von Herpes tonsurans brachte eine 8%ige Thiolsalbe die bei vielen Ärzten vergeblich gesuchte Heilung. Bei einem Herrn, der an Pityriasis rosea litt und durch unerträgliches Jucken geplagt wurde, gelang es fast sofort, durch Thiolwaschungen Besserung der Beschwerden und schlieſslich Heilung zu erzielen. Dieser Fall ist besonders bemerkenswert, weil er vorher von hervorragender spezialistischer Seite sehr zweckmäſsig mit Schwefelpräparaten behandelt worden war. Der Schwefelgehalt des Thiols veranlaſste Buzzi, das Thiol auch bei seborrhoischen Prozessen, insbesondere des Kopfes, zu empfehlen. Er giebt an, daſs eine 10%ige Thiolsalbe etwa so stark wirke, wie eine 5%ige Schwefelsalbe. Buzzi selbst giebt zu, daſs das Thiol vor dem Schwefel keine wesentlichen Vorteile habe. H. hat in einem Falle von der Thiolseife eine auffällige schnelle Heilung gesehen. Auch in einem Falle von Eccema seborrhoicum des ganzen Körpers bei einem Kinde bewährte sich das Thiol. Noch auffallender war der Erfolg bei einem 15jährigen Lehrlinge mit seborrhoischem Ekzem, vor allem des Kopfes und der Stirn. Er hatte den Kranken an derselben Affektion mit anderen Mitteln ein Jahr vorher behandelt. Zur Heilung waren ca. sechs Wochen erforderlich. Nach den Mitteilungen Jadassohns über die Wirkung des Ichthyols auf die Blennorrhoe lag es nahe, auch das Thiol zu versuchen. Da H. aber nach einer Injektion von einer 1%igen Thiollösung bei einem Kranken mit akuter Blennorrhoe eine während des ganzen Verlaufes der Thiolmedikation anhaltende Exacerbation des Ausflusses beobachtete, da H. auſserdem mit dem Ichthyol keine nennenswerten therapeuthischen Resultate in einer nicht kleinen Zahl von Fällen erzielt hat, so hat er bei Blennorrhoe kein Thiol weiter angewandt.

Über ungünstige Nebenwirkungen aufser den bisher angeführten hat er nicht zu berichten. Über unangenehmen Geruch des Medikamentes kann nicht geklagt werden. Beschmutzung der Wäsche tritt allerdings ein, doch ist dieselbe, da die Flecke ohne weiteres auszuwaschen sind, ohne Bedeutung. Störend ist eigentlich nur der etwas hohe Preis, 10 g = 60 Pf.

Aus dem Gesagten geht hervor, dafs das Thiol eigentlich keine spezifische Wirkung, wie z. B. das Chrysarobin, hat; immerhin giebt es eine grofse Zahl von Krankheiten, in denen es alle bis jetzt bekannten Medikamente an Wirksamkeit übertrifft.

4. Herr Gumpertz: **Rückenmarksyphilis.** Der 30 Jahre alte Patient hat im Jahre 1885 ein Ulcus acquiriert, doch will er danach Ausschlagsformen nicht beobachtet haben; dann sollen Feuchtwarzen aufgetreten sein, gegen die er Jodkalium erhielt. Im Sommer 1887 sei er nach einem kalten Bade umgefallen und konnte nicht gehen. Der Zustand besserte sich wieder, bis im Jahre 1890 Steifheit in den Beinen sich bemerklich machte und spastische Erscheinungen auftraten. Er liefs sich deshalb im Krankenhause Moabit aufnehmen, wo nach einer Inunktionskur die dort gestellte Diagnose der spastischen Spinalparalyse sich besserte, und er das Krankenhaus wieder verlassen konnte. Wenn man den Kranken jetzt gehen sieht, so ist der Gang doch etwas spastisch und ataktisch; beim Versuche, die Beine passiv zu bewegen, kann man gar keinen Widerstand konstatieren. Die Sehnenreflexe sind spastisch gesteigert. Patient hat in der Zwischenzeit noch einmal eine Schmierkur durchgemacht. Sensibilitätsstörungen bestehen nicht, ebensowenig Schmerzen. Bei Bewegungen mit geschlossenen Augen ist Ataxie vorhanden. Der Fall zeigt alle charakteristischen Symptome, wie sie Erb der syphilitischen Spinalparalyse zuschreibt. Blasenbeschwerden hat er nicht gehabt; Impotenz soll nach Angabe des Patienten nur vorübergehend aufgetreten sein.

5. Herr Gumpertz: **Hirnsyphilis.** Die vorgestellte, 40 Jahre alte Patientin ist seit 20 Jahren verheiratet, hat nie lebende Kinder zur Welt gebracht, wohl aber mehrere Aborte gehabt. Trotzdem will sie bis zum Jahre 1895 vollkommen gesund gewesen sein. In der Neujahrsnacht 1895 erlitt sie einen ohnmachtsähnlichen Anfall, nach welchem ein Kribbeln in den beiden ersten Fingern der linken Hand, Doppeltsehen und grofse Kopfschmerzen zurückblieben. Letztere traten besonders immer des Morgens derart auf, dafs sie vor Schmerzen fast schreien mufste. Sie hat dann 15 Inunktionen durchgemacht und hinterher Jodkalium bekommen. Doch heute noch besteht Pupillenstarre auf Licht, auch ist Pupillendifferenz, vorhanden und zeitweise, besonders des Morgens, sieht sie Doppelbilder. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt Neuritis optica mit punktförmigen Blutungen in der Umgebung der Retina.

Die Bewegungen der Augen sind normal. Bei geschlossenen Augen tritt leichtes Schwanken ein. Patellarreflexe vorhanden. Der Mann der Patientin leidet seit zwölf Jahren an Tabes, leugnet aber jede Infektion und will nur einen Tripper gehabt haben. Seit zwölf Jahren will er seine Frau nicht benutzt haben. Die Patientin selbst leidet noch etwas an Gedächtnisschwäche.

Was die Diagnose anbetrifft, so besteht nach G.'s Ansicht gar kein Zweifel, dafs es sich um Hirnsyphilis handelt. Schon die Stauungspapille schliefst jede andere Diagnose aus.

Wenn Vortragender zum Schlufs noch die Frage aufwirft, welche Therapie in den beiden Fällen anzuwenden sei, so müsse er sich dahin entscheiden, dafs er in dem ersten Falle von einer Schmierkur Abstand nehmen würde, da der Patient sehr herunter ist und sein Kräftezustand eine solche Kur nicht gestatten würde; in diesem

Falle würde er nur Jodkalium empfehlen. Bei der Frau würde er noch zu einer Schmierkur raten.

Diskussion. Herr Lewin hat in einem Falle von spastischer Spinalparalyse infolge von Lues sehr günstige Wirkungen von subkutanen Sublimatinjektionen gesehen; in zwei Fällen seiner Privatpraxis haben diese aber gar keinen Erfolg gehabt. Herr Rosenthal erinnert daran, dafs er vor zwei Jahren einen ähnlichen Fall, wie den ersten, in der Vereinigung vorgestellt, bei dem noch Blase und Mastdarm gestört waren. In diesem Falle hatte eine dagegen angewandte Schmier- und Schwitzkur einen sehr günstigen Erfolg.

6. Herr Schreiber: **Über Elephantiasis vulvae**, mit Krankenvorstellung. Bei Vereiterungen von Lymphdrüsen kommt es zur Verlegung der Lymphbahnen, wodurch ein Lymphangiom sich bilden kann. Dabei werden die Verhältnisse andere, je nachdem das dadurch bedingte Ödem oberflächlich bleibt, oder mehr in die Tiefe dringt; im letzteren Falle kann sich Elephantiasis entwickeln.

Die vorgestellte Patientin kam Ende April in die Klinik mit Klagen über Verdickung der rechten Schamlippe; sie hatte vorher eine Drüsenvereiterung durchgemacht, die dann spontan vernarbte. Darauf erfolgte eine allmähliche Anschwellung des rechten Labiums. Die Konsistenz ist hart; auf Fingerdruck bleiben keine Eindrücke zurück. Die Haut desselben ist dunkel gerötet, im übrigen glatt. Oberhalb der Vagina am Mons veneris bestehen bläschenartige Eruptionen. Mikroskopisch zeigen sich die Papillen vergrößert, die elastischen Fasern vermehrt, und besonders sind die tiefer gelegenen Schichten stärker. Die Diagnose kann nur zwischen Elephantiasis und Oedema indurativum schwanken. Therapeutisch läfst sich nichts machen, deshalb ist die Prognose ungünstig. Wohl könnte mancher an eine Keilexcision denken, dadurch würde aber das Übel nicht beseitigt werden. Man kann aber aus diesem Falle die Lehre ziehen, dafs man bei Vereiterungen der Lymphdrüsen dieselben nicht total entfernen darf, sondern man mufs bei geringer Fluktuation sofort nur kleine Incisionen machen.

7. Herr Meissner: **Über Naevus verrucosus unius lateralis**, mit Krankenvorstellung. Der Zufall und das Gesetz der Duplicität brachten es mit sich, dafs M. am nächsten Tage, nachdem Herr Alexander seinen Fall von Naevus verrucosus der Gesellschaft vorgestellt hatte, einen ähnlichen Fall beobachten konnte. Was nun die Erklärung dieser Fälle betrifft, so mufs man mehr auf die histologischen und experimentellen Untersuchungen Rücksicht nehmen. Drei Eigentümlichkeiten besitzen alle Fälle: 1. Sie sind in früher Jugend oder schon in der Gravidität, oder unmittelbar nach der Geburt entstanden. 2. Sie sind entweder symmetrisch, oder doppelseitig. 3. Alle Fälle sind ferner ziemlich bedeutungslos, was die Gesundheit der Patienten anbetrifft.

Die mikroskopische Untersuchung erzielt bei allen eine papillomartige Wucherung des Coriums.

Was die Ätiologie anbetrifft, so mufs man das Leiden hinsichtlich der linearen Ausdehnung als ein nervöses bezeichnen. Es scheint, wenn man die Fälle genau berücksichtigt, ein Zusammenhang mit dem Verlaufe eines Nerven zu bestehen. Kaposi und Jadassohn waren die ersten, die dieser Ansicht nicht beistimmten, indem sie Fälle beobachtet haben wollen, bei denen ein Zusammenhang mit den Hautnerven durchaus nicht bestand. M.'s Ansicht ist nun die, dafs das Endresultat der Erkrankung eine Wucherung des Coriums, bedingt durch vermehrte Ernährung, ist. Man mufs sich dann die Frage stellen, woher letztere rühren könne, und er glaube, dafs es zentrale Störungen sein können, die eine Anomalie in der Ernährung bedingen. So sind doch Fälle bekannt, in denen zentrale Störungen Ernährungsveränderungen

erzeugten. Ist solches der Fall, dann wird mit der vermehrten Ernährungszufuhr ein vermehrter Lymphabfluſs stattfinden, wodurch sich Zellwucherungen bilden. Auf diese Weise will M. das Leiden erklären, wobei er bemerkt, daſs es vorläufig nur eine Theorie von ihm ist.

Das vorgestellte Kind zeigt diesen Naevus verrucosus, vom Dorsum der linken Hand sich hinziehend nach der äuſseren Seite des Armes, Oberarmes bis zur Scapula und Rücken. Man konnte in früher Jugend bei dem Kinde Gehörsstörungen auf der linken Seite konstatieren; ebenso sah man, daſs es nur rechts kaute, daſs der linke Arm insofern schwächer war, als das Kind mit letzterem nicht ebensoschwere Gewichte zu heben vermochte, wie mit dem rechten. Auch das linke Auge ist schwächer, und das linke Bein soll es in der Jugend etwas nachgeschleppt haben. Daraus ist deutlich ersichtlich, daſs es sich in diesem Falle um eine Entwickelungsstörung im Zentralorgane handelte, die auch zur Naevusbildung geführt hat. Pigmentirt war der Naevus nicht. M. erwähnt hierbei noch, daſs er zu den mikroskopischen Präparaten zur Härtung derselben 1%ige Formanillösungen angewandt habe, die er bestens empfehlen könne, da sich nach Härtung mit dieser Substanz vorzügliche Schnitte zu mikroskopischen Zwecken ausführen lassen.

8. Herr Lewin stellt den vor einiger Zeit vorgestellten Fall von **Pityriasis rubra pilaris**, der durch Chrysarobin geheilt ist. nochmals vor.

9. Herr Lewin stellt ferner eine 26jährige Patientin mit **Blepharadenitis gummosa** und mit einer gummösen Affektion der Nase vor.

10. Zuletzt stellt Herr Lewin noch eine Patientin vor, die in die Charité mit **breiten Kondylomen** und einem **makulo-papulösen Exanthem** kam, nach welchem sich kleine **ekthymaartige Geschwüre** einstellten. Die Patientin vertrug kein Hg, weshalb Jodkalium angewandt wurde. Nach einiger Zeit bildeten sich Flecke, die sich als **Lupus syphiliticus** deuten lieſsen; dann traten Tumoren auf, die ähnlich Furunkeln waren, die man aber für Gummata ansehen muſste. Merkwürdig war es, daſs diese Tumoren sich zeigten und nach einiger Zeit wieder schwanden; bei der Entwickelung derselben in der Haut trat gleichzeitig eine Entzündung derselben ein.

Nachtrag zu dem Bericht über den IV. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu Breslau vom 14.—16. Mai 1894.

In den jüngst erschienenen, prächtig ausgestatteten Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft findet sich ausführlich eine Reihe von Vorträgen, die zum Teil angemeldet, aber nicht gehalten, zum Teil nur kurz von den betreffenden Rednern berührt worden waren. In dem Referate, das ich in diesen Blättern gab, sind diese Vorträge zum Teil gar nicht erwähnt, zum Teil nur in ihren Schluſssätzen wiedergegeben. Ich will deshalb in folgendem einen Nachtrag geben, der als Ergänzung zu dem Referate den Lesern um so willkommener sein dürfte, als auch wichtige Arbeiten sich darunter befinden.

Studien über Trichophyton, von Kroesing. Das Untersuchungsmaterial des Verfassers entstammt oberflächlichen, kreisförmigen, schuppenden Trichophytien und mit tiefer Knotenbildung und Infiltraten einhergehenden Fällen von Sycosis barbae und Kerion Celsi an Hals und Gesicht. Die andernorts so häufigen Trichophytien des behaarten Kopfes kommen in Breslau niemals zur Beobachtung. Die Kralsche Methode mittelst Zerreibung der Haare mit Kieselsäure hat sich dem Verfasser nicht bewährt, er verfuhr deshalb so, daſs er aus den Haarwurzeln nach entsprechender antiseptischer Behandlung Kulturen anlegte, Teile dieser dann in sterilem Wasser tüchtig schüttelte und dann von dieser getrübten Flüssigkeit drei Ösen in flüssigen

Agar übertrug und diese in Petrische Schalen ausgofs. Er erhielt so Kulturen, die aus einzelnen Mycelfäden hervorgegangen waren. Man kann dann in den Schalen die Entwickelung der einzelnen Kolonien mikroskopisch direkt beobachten und weiter verimpfen, so dafs man sicher nur einen Pilz erhält. Bei oberflächlicher Trichophytie werden die Schuppen ca. zehn Sekunden in 10%iger Argentum-nitricum-Lösung desinficiert, in sterilem Wasser abgespült und in den Nährboden versenkt. Dieses Versenken, wie das Züchten der ersten Kultur bei Zimmertemperatur schützt vor Überwucherung durch Kokken. Das weitere Verfahren glich dann dem obigen. Die Ergebnisse des Verfassers beziehen sich auf die grofse Variabilität der Pilze durch minimalste Einflüsse. Eine Trennung der Trichophytonpilze in verschiedene Arten hält Verfasser für möglich; ob den verschiedenen Arten auch verschiedene klinische Bilder entsprechen, läfst er dahingestellt.

Mitteilung einer Beobachtung von Polyneuritis (Pseudotabes dorsalis) mit Erweichung der cervico-dorsalen Anschwellung des Rückenmarkes syphilitischen und alkoholischen Ursprungs, von Petrini. Der Verfasser giebt eine eingehende Darstellung eines entsprechenden Falles mit genauester Wiedergabe des mikroskopischen Befundes. Prächtige farbige Reproduktionen der mikroskopischen Präparate illustrieren die Ausführungen.

Mitteilung einer Beobachtung eines framboësiformen, vegetierenden, generalisierten Syphilides (syphilitischer Papillome), von Petrini. Die Arbeit bringt eine ausführliche kasuistische Mitteilung mit den mikroskopischen Details und historischem Rückblick; sie ist durch zwei beigegebene stereoskopische Tafeln erläutert.

Fall von Mischinfektion von Lupus und tuberoserpiginösem Syphilid, von A. Neisser. Ein 50jähriger Luetiker zeigt charakteristische luetische Ulcerationen an der Oberlippe, dem Naseneingang, der linken Wange. Nach dem Jochbogen zu safsen neben und in dem luetischen, noch nicht zerfallenen Infiltrate kleinere, dunklere, auf Sondendruck nachgebende Herde, die als lupöse erwiesen wurden durch die Resistenz gegen Jodkalium, Tuberkulinreaktion, mikroskopischen Befund, der auch Tuberkelbacillen ergab. Es ist also eine zweifellose Mischinfektion. Die Weichheit des Gewebes, das Nachgeben auf Sondendruck kommt nach der Ansicht des Verfassers nicht ganz ausschliefslich dem lupösen Gewebe zu.

Über einen Fall von Keratosis follicularis punctata et striata, von A. Neisser. Der Verfasser berichtet ausführlich über einen eigentümlichen Fall follikulärer Hyperkeratosis, der sehr an die Dariersche Dermatose und auch an den von H. v. Hebra im *internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten* publicierten Fall von Hyperkeratosis striata et follicularis erinnert. Gegenüber dem letzteren ist das Vorhandensein von Jucken bei dem hier mitgeteilten Falle hervorzuheben. Das Charakteristische desselben liegt in der Bildung einer aus Hornlamellen sich schichtenden Zapfenmasse, welche an der Stelle dieser Follikelmündung zu einer tiefen Einstülpung des Epithels in das Bindegewebe hinein Veranlassung giebt. Unter den Hornzapfen findet man Haarreste. Jedenfalls handelt es sich um ein der Darierschen Dermatose verwandtes Leiden.

Über sogenannte „leproide Trophoneurose" berichtet Galewski unter Vorstellung eines Kranken. Es handelt sich um einen Patienten, bei dem zuerst schubweise Blasen symmetrisch an Unterarmen, Händen, Unterschenkeln, Füfsen auftraten. Es gesellten sich hierzu allmählich Haarausfall, Schwäche in den Beinen, Schmerzen in den Beinen, Schmerzen in der Brust und in den Armen, Pigmentierung der Haut zwischen den Blasen, kolbige Verdickung der Finger und Zehen, Veränderungen der Nägel, näselnde Sprache, Erschwerung der Beweglichkeit der Zunge und der Lippen,

Herabsetzung der Schmerzempfindung und der elektrischen Erregbarkeit, Rückgang der geistigen Fähigkeiten. Es handelt sich jedenfalls um eine Erkrankung des Zentralnervensystems; in Betracht würden kommen Bulbärparalyse, Syringomyelie, Lepra.

Über die Herstellung von plastischen Strukturbildern der Haut nach der Plattenmodelliermethode berichtet Halle. Die schönen und für didaktische Zwecke sehr geeigneten Modelle, nach Serienschnitten hergestellt, werden im wesentlichen nach einem von Born beschriebenen Verfahren angefertigt. Das Nähere mag im Original nachgelesen werden.

Der Bacillus bei der Nervenlepra, von Petrini. Bei einem Falle von Nervenlepra gelang es Petrini, ohne dafs Flecken in der Haut bestanden, Bacillen in der Haut nachzuweisen. Als Zeichen der Lepra bestand sonst nur ein Ausfall der Augenbrauen und Augenwimpern. Arning bemerkt hierzu, dafs, wenn auf diese Weise der Nachweis von Leprabacillen in der Haut bei Fällen reiner Nervenlepra erbracht würde, das ja für die Abgrenzung der Syringomyelie etc. sehr wichtig wäre. In dem vorliegenden Falle scheine es ihm aber, als ob die kutane Lepra im Beginne ihrer Entwickelung stünde, also ein Übergang in die Lepra tuberosa statthätte, welcher den Befund der Bacillen in der anscheinend gesunden Haut erklärt.

Zur Frage der lichenoiden Eruptionen, von A. Neisser. Drei Fälle stellt Neisser vor, die atypische Leiden der Haut zeigen, welche unter kein bestimmtes Krankheitsbild subsumiert werden können. Der erste erinnert an Lichen und auch an Psoriasis mit sehr kleinen Efflorescenzen, ohne aber zum Lichen planus oder zur Psoriasis gezählt werden zu können. Der zweite zeigt einzelne oder confluierende, unregelmässige, sepiabraune Herde mit weifsen Schuppen ohne entzündliche Infiltration; er besserte sich nach Chrysarobin. Der dritte, der den Verdacht auf Mykosis fungoides erregt hatte, wurde durch Arsenik so günstig beeinflufst, dafs Neisser denselben am ehesten noch als Lichen planus auffassen möchte.

Über einen eigenartigen Fall von Lichen ruber planus mit atypischem Verlaufe berichtet Chotzen. Neben typischen Knötchen von Lichen ruber finden sich bei einem Kranken solche, die zu hämorrhagischer Exsudation, Borkenbildung, Substanzverlust und Narbenbildung führen. In letzter Zeit sind am weichen Gaumen dicht gestellte, hellweifse, transparente, stecknadelkopfgrofse, sagoähnliche Knötchen aufgetreten. Das Leiden besteht seit vier Jahren, ist mit Jucken verbunden, tritt schubweise auf und besserte sich nach Arsenik.

Über die Einwirkung einiger organischer und anorganischer Säuren auf die menschliche Haut, von L. Friedheim. Verfasser stellte mit Schwefel-, Phosphor-, Essig-, Milch- und Salzsäure Versuche an, indem er sie in verschiedenen Vehikeln auf die lebende und auf die excidierte Haut brachte. Bei der Wirkungsweise kamen neben der Cirkulation die Beschaffenheit der Säure und das Vehikel, in dem dieselben appliciert wurden, sehr zur Geltung; am wirksamsten waren wässerige Lösungen. Überraschend wenig erzielte die Salzsäure; die Milchsäure wirkte besonders blasenziehend, die Schwefel- und Phosphorsäure aber sehr deletär.

Zur Pathogenese des Herpes zoster berichtet E. Lesser über Fälle, welche für die Frage der Beziehungen des Herpes zoster zu den Ganglien, resp. den peripheren Nerven von Bedeutung sind. Es handelt sich um Fälle von Zoster im Bereiche des Trigeminus und der Cervikalnerven, welche mit gleichzeitigen Lähmungen einhergehen. Die klinische Betrachtung soll es nun wahrscheinlich machen, dafs eine Neuritis der beteiligten Nerven ohne Erkrankung der betreffenden Ganglien die Ursache des Zoster sein kann. Da kein Obduktionsbefund vorliegt, kann aber etwas Bestimmtes in dieser Hinsicht nicht behauptet werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 9. Mai 1895. Vorsitzender: E. Besnier.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Zwei Fälle von Addisonscher Krankheit. Herr Darier: Ich stelle Ihnen zwei Patienten vor, welche beide eine sehr ausgesprochene Melanodermie aufweisen, die ich für Morbus Addisonii halte. Der erste ist 17 Jahre alt und sieht in Bezug auf seine Haut wie ein Mulatte aus. Die braune, fast schwarze Färbung ist besonders intensiv an den Genitalien, den Brustwarzen, der Gürtelgegend und am Halse; die unbedeckten Körperstellen sind etwas weniger befallen. Auf der Mundschleimhaut sind zahlreiche Flecke zu sehen. Diese Pigmentation dauert bereits sieben Jahre und war bis im laufenden Jahre von keinen anderen Erscheinungen begleitet; erst jüngst sind Müdigkeit, Lendenschmerzen, Verdauungsstörungen hinzugetreten, so dafs sich also das Symptomengebilde erst nach einem abnorm langen Pigmentationsstadium vervollständigt hat. Zeichen von Lungentuberkulose fehlen.

Der zweite Fall ist typischer. Patient ist 28 Jahre alt; seit 18 Monaten haben Gesicht, Hände, dann die übrigen Körperstellen und die Schleimhäute eine braune Färbung angenommen. Gleichzeitig leidet er an Schmerzen, Abmagerung, zunehmender Schwäche, Verdauungsstörungen, Anämie, Erbrechen, Diarrhoen. Aufserdem bestehen unzweifelhaft Zeichen einer rasch verlaufenden Lungentuberkulose. Merkwürdig an dem Falle ist, dafs auf der Stirn ein 2—3 cm breiter Streifen pigmentfreier Haut zu sehen ist. Auf diese Möglichkeit einer solchen Erscheinung hatte bereits Addison hingewiesen.

Herr Sabouraud: **Behandlung der Alopecia areata.** Zu der Behandlungsmethode, die ich die Ehre habe, der Gesellschaft mitzuteilen, haben mich einige klinische und pathologisch-anatomische Betrachtungen geführt:

1. Die Alopecia areata ist eine exquisit recidivierende (in cirka der Hälfte der Fälle) Affektion.

2. Es steht nunmehr fest, dafs sie keine Krankheit des Haares, sondern der Haut darstellt.

Bei allen subepidermalen oder dermalen Krankheiten, in denen die Epidermis erhalten ist, trachtet der Arzt die Hornschicht dieser letzteren, welche eine fast vollständig undurchdringliche Schicht bildet, zu zerstören, damit die Topica direkt auf die erkrankten Teile einwirken können. Ich bepinsele deshalb die afficierte Stelle mit einem flüssigen Vesicans, entferne am folgenden Tage die entstandene Blase und behandle das entblöfste Korion mit einer Argentum-nitricum-Lösung 1 : 15.

Diese Behandlungsweise prakticiere ich vergleichsweise neben anderen üblichen Methoden seit etwa sechs Monaten in ungefähr 100 Fällen, und zwar schien es mir dabei, dafs sie bedeutend bessere, zumal raschere Resultate lieferte, als alle anderen. Doch genügt diese Zeit nicht, um über das Verhalten der Recidive zu entscheiden.

Herren Hallopeau und J. Monod: **Über zwei Fälle von Lupus erythematosus mit abnormer Lokalisation.** Der Lupus erythematosus zeigt sich meist im Gesichte, greift auch öfters auf den Haarboden über und kommt ausnahmsweise an den Extremitäten vor; selten aber hält er diese letzteren Stellen besetzt, um dabei das Gesicht vollständig oder beinahe freizulassen. Dies ist jedoch bei den beiden Patientinnen der Fall, die den Gegenstand meiner Mitteilung bilden. Die eine derselben weist zahlreiche Scheiben auf dem Haarboden auf und nur je ein kleines, linsenförmiges auf beiden Wangen. Bei der anderen ist das Gesicht vollständig intakt; die Efflorescenzen besetzen ausschliefslich den Haarboden, die Rückengegend und die beiden Handteller, was zu grofsen diagnostischen Schwierigkeiten Anlafs gegeben hat.

Herren Hallopeau und Leredde: **Über einen Fall von Adenoma sebaceum**

des Gesichtes und des Rumpfes. Derselbe Fall unterscheidet sich von den anderen bisher veröffentlichten dadurch, dafs die charakteristischen Läsionen im Gesichte mit analogen Neubildungen in der Lendengegend und der rechten Thoraxseite koincidierten; offenbar handelt es sich um Bildungen von derselben Natur; histologisch liefsen sich jedoch nur in den Tumoren, des Gesichtes proliferierte Talgdrüsen nachweisen, während sie in Präparaten aus der Lendengegend fehlten, wo man nur sklerotisches Gewebe findet; wahrscheinlich wurden hier die Drüsenproliferationen sekundär durch Bindegewebsneubildung ersetzt.

Herr HALLOPEAU: **Über eine nicht kongenitale, auf die Knäueldrüsenausführungsgänge lokalisierte Hyperkeratosis palmaris et plantaris.** Dieser Fall bildet ein weiteres Beispiel jener von BESNIER und HALLOPEAU bereits früher beschriebenen Dermatose, unterscheidet sich aber von dieser durch das relativ vorgerückte Alter, in dem sie zuerst aufgetreten. Übermäfsige Schweifssekretion, wie sie in solchen Fällen gewöhnlich gefunden wird, fehlt. Die Affektion unterscheidet sich von der von MIBELLI als Porokeratose beschriebenen durch ihre ausschliefslich auf Handteller und Fufssohlen beschränkte Lokalisation.

Herr GASTON: **Panaritium analgeticum und Mala perforantia bei einem Tuberkulösen mit Syringomyelie und multipler peripherer Neuritis.** Bei demselben traten nach syringomyelitischen Erscheinungen hochgradige Hyperästhesie und eine Trägheit in der Sensibilität an den unteren Extremitäten auf. Das Vorhandensein trophischer Störungen an den Extremitäten, analgetische Panaritien und Mala perforantia, sowie Sensibilitätsstörungen, liefsen an Lepra denken. Die Autopsie ergab Tuberkulose der Lungen, der Eingeweide und der Meningen. Bei der histologischen Untersuchung fand man in der Umgebung der Mala perforantia parenchymatöse Entzündung der Nerven, aber keine leprösen Neurome und keine HANSENsche Bacillen.

Herr DANLOS stellt eine 21jährige Patientin mit **Lupus erythematosus** in Form eines Erythema centrifugum vor. Die Affektion dauert erst drei Monate und verläuft rasch. Auf den Wangen bildet sie frankenstückgrofse Ringe, von roter Farbe und etwas hervorragend, welche von fest adhäriernden Schuppenlamellen bedeckt sind und einen glatten, narbigen Raum umschliefsen. Auf der Nase zeigt die Affektion einen langsamen Verlauf und die Gestalt eines rötlichen und kreideartigen Scheibchens. An den Ohren und den Händen ausgebildete Läsionen von Erythema pernio (Ödem, Cyanose, Narben), welche alle Winter erscheinen und im Sommer wieder verschwinden.

Das Hauptinteresse des Falles liegt ausschliefslich in den ätiologischen Verhältnissen. Vor vier Jahren litt die Patientin an tuberkulösen Gummata des rechten Beines, welche beinahe ein Jahr eiterten. Zwei Jahre später wurde sie wegen Adenitis subparotidea und verdächtiger Bronchitis im Hospital Cochin mit Leberthran und Kreosot behandelt. Aufserdem, und dies ist das Wichtigste, leidet ein älterer Bruder an einer schweren Läsion im Gesichte, die zu einer Ulceration der Wangen und partiellen Zerstörung der Nase geführt hat; offenbar ein Lupus vulgaris.

Diese Umstände, suspekte Bronchitis und bacilläre Gummen am Beine, ferner tuberkulöser Lupus beim Bruder sind bestens angethan, die Ansicht derjenigen Ärzte zu unterstützen, welche mit BESNIER und CAZENAVE im Lupus erythematosus, welcher seiner Natur nach mit dem Lupus vulgaris identisch ist, eine Gattung der Hauttuberkulose erblicken.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Freiburg [Schweiz]).

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 31. Heft 3. 1895.

I. **Über multiple neurotische Hautgangrän**, von Dr. M. Joseph-Berlin. Die wenigen in der Litteratur bisher veröffentlichten Fälle der sehr seltenen Krankheit betrafen sämtlich weibliche Individuen, so dafs die Autoren dahin gelangten, als ein Charakteristicum der Hautaffektion anzunehmen, dafs sie nur Frauen befalle. Demgegenüber ist Verfasser in der Lage, über das Auftreten einer akuten multiplen neurotischen Hautgangrän bei einem Manne zu berichten.

Der Patient ist 27 Jahre alt, unverheiratet, erblich nicht belastet. Im Jahre 1884 goſs er sich durch Unvorsichtigkeit beim Verkauf von konzentrierter Schwefelsäure ein wenig davon über den Rücken der linken Hand. Einige Monate später, im Februar 1885 — die Brandwunde war noch nicht völlig abgeheilt — bildete sich plötzlich im unteren Drittel des linken Unterarmes ein dunkelgrauer bis weifslichgelber, etwa thalergrofser Fleck, an welchem der Patient, abgesehen von einem abnormen Kältegefühl, gar keine Empfindung hatte. Die Stelle war durchaus anästhetisch und analgetisch. Erst wenn es zur Verschorfung derselben kam, empfand Patient stechende, prickelnde, lancinierende Schmerzen. Bald darauf bildete sich um die Verschorfung eine Demarkationslinie, sodann erfolgte eine allmähliche Abstofsung der gangränösen Hautstücke. In 4—5 Wochen war die Stelle unter Keloidbildung abgeheilt. In der Folgezeit wiederholte sich der Prozefs nahezu alle halbe Jahre meist gegen Anfang und Ende des Winters. Im Beginne war nur der linke Arm, später auch der rechte ergriffen. Verfasser sah den Patienten Januar 1893 zum ersten Male, als in der Nacht vorher eine neue gangränöse Stelle aufgetreten war. Dieselbe befand sich im oberen Drittel der Beugeseite des linken Unterarmes, war fünfzigpfennigstückgrofs, in der Mitte grüngelblich verfärbt, anästhetisch, von vollkommen normaler Haut umgeben. Eine fünfmarkstückgrofse, gangranöse Stelle fand sich in der Mitte des rechten Unterarmes. Der Grund der Geschwürsflächen nach Abfallen des Schorfes war dunkelblaurot bis schmutzigbraun, die Umrandung derselben gebuchtet und scharf gezackt, die Demarkationslinie dunkelrot gefärbt. Das Allgemeinbefinden des Patienten war nicht gestört. An beiden Armen waren Narben von abgeheilten Stellen zu sehen.

Die Behandlung der beiden Ulcerationen bestand in Sublimatumschlägen nach Doutrelepont's Empfehlung, worauf die Schmerzen sich bedeutend verminderten. Ohne Keloidbildung heilten die Geschwüre mit glatter Narbe ab. Nahezu ein Jahr blieb der Patient frei von Recidiven. Ende März 1894 traten neue gangränöse Stellen auf, aber nicht, wie früher, an bis dahin ganz gesunden Hautstellen, sondern zum ersten Male auf dem Boden alter Narben. Die Verschorfung heilte unter Sublimatumschlägen in fünf Wochen ab.

Verfasser bespricht unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die Ätiologie der Krankheit. Als ätiologische Momente werden von den Autoren angeführt: Hysterie, Syringomyelie, Arteriosklerose, Selbstbeschädigung und Simulation (namentlich bei weiblichen Hysterischen). In dem vom Verfasser beschriebenen Falle konnte nach angestellten direkten Experimenten eine Selbstbeschädigung durch Ätzmittel ausgeschlossen werden. Die Mehrzahl der Autoren stimmen darin überein, dafs bei der Krankheit das Nervensystem eine grofse Rolle spiele. Ob die Störungen trophischer oder vasomotorischer Natur sind, bleibt dahingestellt. Die nähere

Deutung der Affektion ist bis jetzt nicht gelungen und erheischt zunächst noch ein reicheres Material zur Beobachtung.

II. **Über einen Fall von Naevus subcutaneus (Virchow) mit hochgradiger Hyperplasie der Knäueldrüsen,** von E. Beier-Prag. Der Fall betrifft ein 17jähriges Mädchen mit einer Geschwulst auf dem Dorsum des linken Goldfingers, die seit der Geburt bestanden hatte und erst in der letzten Zeit rascher gewachsen und etwa um die Hälfte gröfser geworden ist. Der Tumor ist nach den Angaben der Patientin seit der rapideren Wachstumszunahme druckempfindlicher, die Haut über demselben rot geworden. Die Patientin will bemerkt haben, dafs die Haut an dieser Stelle stark schwitze. Das Allgemeinbefinden ist gut.

Der Status ergiebt über der Grundphalange der Dorsalfläche des linken Goldfingers einen etwa wallnufsgrofsen, halbkugelig sich vorwölbenden, etwas unebenen, derb konsistenten Tumor. Die Haut über demselben ist verschiebbar, livid verfärbt und mit reichlichen dunklen Härchen besetzt, die etwas stärker als die gewöhnlichen Lanugohärchen entwickelt sind. Aus den deutlich sichtbaren Schweifsdrüsenöffnungen lassen sich durch stärkeren Druck auf den Tumor Schweifströpfchen ausdrücken, die auf Lackmuspapier sauer reagieren.

Der Tumor wurde excidiert, und die Patientin nach 14 Tagen geheilt entlassen.

Verfasser teilt ausführlich das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit, vergleicht seine Befunde mit den Angaben Waldeyers, Unnas, Petersens, Thierfelders. In dem vorliegenden Falle handelt es sich um eine Geschwulst, die wesentlich aus subkutanem Binde-, resp. Fettgewebe bestand, bei der eine beträchtliche lokale Vermehrung der Knäuel und eine reine Hypertrophie und Hyperplasie der die Drüsen zusammensetzenden Gewebselemente, verbunden mit einer hochgradigen Dilatation der Lumina, stattgefunden hat.

III. **Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe nach der Janetschen Methode,** von K. Ekelund - Stockholm. In Dr. Welanders Abteilung des Krankenhauses St. Göran ist die Janetsche Behandlung der Blennorrhoe mit grofsen Ausspülungen mit übermangansaurem Kalium (1 : 4000—1000) einer Prüfung unterzogen worden, deren Resultat Verfasser in der vorliegenden Arbeit mitteilt.

Vor Beginn der Behandlung wurde jedesmal das Sekret mikroskopisch untersucht. Dasselbe, anfangs eiterig, wird während der Behandlung mehr und mehr serös. Die Gonokokken verschwinden bisweilen ganz plötzlich nach einer oder einigen Ausspülungen; in anderen Fällen nahmen sie gradatim an Anzahl ab, verlieren gleichzeitig ihre charakteristischen Eigenschaften von gruppenförmiger Anordnung und scharfer Färbung, so dafs schliefslich nur noch einzelne Gruppen von Diplokokken — wahrscheinlich die von den Autoren beschriebenen Involutions- oder Degenerationsformen der Gonokokken — sichtbar sind.

Die Schleimhaut der Harnröhre wird durch die Janetschen Ausspülungen ziemlich intensiv gereizt, sieht im Anfang gerötet und trocken aus, schwillt nach kürzerer oder längerer Zeit an und wird ödematös. Die Sekretion ist zuweilen anfangs vermehrt.

Verfasser hat die behandelten Fälle tabellarisch zusammengestellt.

Tabelle A: Nicht komplicierte Blennorrhoe umfafst 56 Fälle, von denen nach 1—20 Ausspülungen 49 Fälle gonokokkenfrei waren, während sieben ein vollständig negatives Resultat ergaben. Bei 48 von den 56 Fällen bestand der Tripper länger als 13 Tage.

Tabelle B: Blennorrhoe mit Epididymitis kompliciert, umfafst 54 Fälle, von denen nach 1—20 Auspülungen 51 gonokokkenfrei waren, während drei ein negatives Resultat ergaben. Bei 52 von den 54 Fällen bestand der Tripper länger als 20 Tage.

Tabelle C: Blennorrhoe mit anderen Komplikationen umfaſst 15 Fälle, von denen nach 1—8 Ausspülungen 10 gonokokkenfrei waren, während fünf ein negatives Resultat ergaben.

Aus dieser Zusammenstellung geht also hervor, daſs die subakuten und chronischen Fälle die besten Resultate geben, ferner daſs die komplicierte Blennorrhoe (beispielsweise die mit bereits schmerz- und fieberfreier oder nur gering fieberhafter Epididymitis verknüpfte) eine schnellere und bessere Einwirkung als die unkomplicierte zeigt.

Verfasser beschreibt zur Beleuchtung der Indikationen für die Behandlung und ihres Ganges einige den verschiedenen Gruppen entnommene Fälle.

IV. **Über den Einfluſs der Kasernierung der Prostituierten auf die Ausbreitung der Syphilis**, von W. Miehe-Schellerten bei Hildesheim. An der Hand der Litteratur und zahlreicher Statistiken zeigt Verfasser, daſs die venerischen Erkrankungen im Vergleiche zur Tuberkulose, Variola, zum Typhus den gröſsten Prozentsatz der Patienten stellen und deshalb von auſserordentlicher Bedeutung für das öffentliche Wohl sind; daſs die Prostitution, die Hauptquelle der Syphilis, einer Reglementation bedarf, daſs die polizeiärztliche Kontrollierung der Prostituierten trotz der gegenteiligen, nahezu widersinnigen Ansichten der Abolitionisten einen unverkennbaren Nutzen haben.

Aus dem vom Verfasser angeführten Zahlenmaterial geht hervor, daſs die geheime unkontrollierte Prostitution, soweit sie wenigstens durch die zur Sistierung kommenden Frauenzimmer repräsentiert wird, entschieden weit stärker inficiert ist, als die kontrollierte.

Sehr eingehend erörtert Verfasser die Frage, ob die Reglementierung besser durch das System der Kasernierung der Dirnen oder durch eine einfache Inskription und polizeiärztliche Kontrolle der frei wohnenden Dirnen durchzuführen sei. Er wägt die Ansichten der Autoren für und wider die Kasernierung der Prostituierten gegeneinander ab und glaubt schlieſslich, daſs die obige Frage lediglich auf Grund der sanitätspolizeilichen Daten über die Erkrankungsfrequenz der Dirnen wegen der zahlreichen Fehlerquellen und Ungenauigkeiten nur halb gelöst werden kann. Es scheint dem Verfasser zu einer gründlichen Beantwortung derselben entschieden notwendig zu sein, auch die allgemeine Statistik über die Ausbreitung der Syphilis im Volke, wie sie sich unter der Geltung des einen und des anderen der beiden Reglementationssysteme gestaltet, noch mit heranzuziehen. Am einfachsten und beweisendsten erscheint ein Vergleich zwischen der sanitären Lage zweier Länder, von denen das eine dem Bordellsystem huldigt, während das andere dasselbe verwirft.

Verfasser berichtet im folgenden über die Verbreitung der venerischen Erkrankungen in Frankreich und ihren Einfluſs auf die Depopulation daselbst; über die Erkrankungsfrequenz im französischen Heere, über das Prostitutionswesen und die Verbreitung der Syphilis in Algerien; über das Reglementationssystem in Belgien, Holland, Dänemark. (Fortsetzung folgt.)

V. **Syphilis im russischen Dorfe**, von Dina Sandberg-Petersburg. Verfasserin zieht auf Grund ihrer Erfahrungen und Untersuchungen folgende, die Syphilis im russischen Dorfe betreffende Schlüsse:

1. 20,6% aller ambulanten Kranken wurden auf Syphilis behandelt; thatsächlich ist der Prozentsatz der Syphilitischen viel gröſser; in einigen Dörfern muſs man die Syphilisation der Bevölkerung als vollendet betrachten.

2. Die Syphilis ist zwischen Männern, Frauen und Kindern gleichmäſsig verteilt.

3. Tertiäre Syphilitiker unter den Erwachsenen sind fast dreimal so viel, als sekundäre; bei den Kindern hat die sekundäre Syphilis das Übergewicht (58% Kondylomatöse und 42% Gummöse).

4. Mehr als die Hälfte (beinahe 60%) der Kondylomatösen unter den Kindern fallen auf die Säuglinge im ersten Lebensjahre, folglich fast ausschliefslich auf Erbsyphilis; nach dem ersten Lebensjahre gewinnt die tertiäre Syphilis auch bei den Kindern die Oberhand.

5. Die kondylomatöse Periode bei den Erwachsenen verläuft relativ leicht, und die Patienten wenden sich an den Arzt viel seltener, als in der tertiären Periode.

6. Bei den Erwachsenen lokalisieren sich die Papeln in der Mundhöhle sechsmal häufiger, als an den Genitalien; bei den Säuglingen bildet der Anus diese Prädilektionsstelle.

7. Die beobachteten harten Schanker waren alle extragenital; (nur in einem Falle ist die Infektionsquelle festgestellt worden — eigenes Kind).

8. Der Prozentsatz der Gummösen unter den Frauen ist etwas gröfser, als unter den Männern. Im allgemeinen hat die Lues bei den Frauen einen schwereren Verlauf, als bei den Männern, sie sind deshalb auch der ärztlichen Hülfe bedürftiger, als die Männer.

9. Fast $^1/_3$ (31%) aller tertiären Erscheinungen fällt auf das Knochensystem mehr als $^1/_3$ (39%) der Knochenleiden lokalisiert sich an der Tibia.

10. Die schwersten tertiären syphilitischen Störungen der Haut, der Augen, des Knochen- und Knorpelsystems werden bei den Frauen beobachtet; hingegen fallen die schwersten Affektionen des Nervensystems und der parenchymatösen Organe auf die Männer.

11. Die Syphilis des Nervensystems kommt beim Manne häufiger vor und unter viel schwereren Formen, als beim Weibe.

12. Auch in blofs symptomatischer Hinsicht ist die Lues eine Krankheit, die mehr als viele andere die ärztliche Hülfe erheischt; die Syphilitischen bilden das pünktlichste und dankbarste Element unter den ambulanten Kranken.

13. Bei den existierenden ökonomischen Verhältnissen, intellektuellen und Kulturzuständen des Bauernstandes ist blofs die Behandlung möglich, aber nicht die Prophylaxe der Syphilis durchzuführen.

14. Das Bestwirkende im Kampfe mit dieser Seuche ist, — den Arzt und dessen Beistand der Bevölkerung überhaupt zugänglicher zu machen. Unter Arzt ist nicht Feldscher zu verstehen, denn der Bauer unterscheidet einen von dem anderen ganz gut und ist bereit, 5—10 km zu Fufs zurückzulegen, um den Rat eines echten Arztes zu haben.

15. Ein Ambulatorium, das keinen spezifischen, auffallenden Charakter trägt, auch ohne Spitaleinrichtungen, ist eine mächtige Waffe im Kampfe mit der Lues. In den Gegenden, wo die Syphilis sich schon eingewurzelt hat, ist der Mangel des ärztlichen Beistandes seitens der Bevölkerung so stark verspürt worden, dafs die Bauern, besonders die Bauernfrauen, bereit sind, die letzten Groschen aufzuopfern, um nur die ärztliche Hülfe in der Nähe zu haben.

16. Die rationelle Behandlung der Syphilis wird auch in ökonomischer Hinsicht wohlthätig für die Bevölkerung sein, indem sie ihre kranken Glieder der Arbeit und dem Leben zurückgeben und die Parias in berechtigte Glieder der Familie umwandeln wird; sie kann auch eine pädagogische Bedeutung haben, indem sie das Zutrauen der Volksmassen zur Wissenschaft und zu den Gebildeten hervorrufen wird.

VI. **Die Verbreitung der Syphilis in Budapest und ihre Prophylaxe,** von L. Török-Budapest. Von der 552000 Einwohner zählenden Bevölkerung Budapests inficieren sich nach dem minimalsten Kalkül 4—5,3 ‰ männliche, zwischen 12 bis 70 Jahre alte Individuen und 2,5—2,9 ‰ in demselben Alter stehende weibliche Indivi-

duen jährlich mit Syphilis. Verfasser glaubt, dafs die wirklichen Verhältnisse viel schlechtere, vielleicht um das Doppelte der obigen Ziffern ungünstigere sind.

Die Hauptquelle der Syphilisinfektion in Budapest ist die Prostitution, und zwar die protokollierte — unter polizeilicher Aufsicht stehende, polizeiärztlicher Kontrolle unterworfene Prostitution.

An eine wirksame Prophylaxis der Syphilis sind nach des Verfassers Ansicht folgende Anforderungen zu stellen:

1. Die Errichtung je eines gut eingerichteten, mit Untersuchungs- und Wartezimmer versehenen Instituts in jedem Bezirke der Hauptstadt.

2. Mit der Leitung eines jeden Institutes mufs je ein der wichtigen und mühsamen Arbeit entsprechend honorierter Arzt betraut werden, dem je nach Bedarf ein oder mehrere Ärzte mit geringerer Besoldung assistieren.

3. Die Untersuchungen geschehen unentgeltlich täglich zwischen 9—12 Uhr vormittags. Die einzelnen Prostituierten werden für eine fixierte Zeit vorgeladen, um jedes überflüssige Warten zu vermeiden.

4. Jede Prostituierte ist angewiesen, zweimal wöchentlich in der für sie bestimmten Zeit zur Untersuchung zu erscheinen. Diejenigen von ihnen, bei denen einmal die syphilitische Infektion konstatiert worden war, werden in den ersten drei Jahren nach erfolgter Infektion dreimal wöchentlich untersucht. Es wird also für diese Prostituierten ein dritter besonderer Untersuchungstag (resp. ein fünfter) fixiert.

5. Es werden in der mit Photographie und den nötigen Personalien versehenen Präsenztabelle der Prostituierten bei jeder Untersuchung folgende Rubriken ausgefüllt: Befund der behaarten Stellen der Haut, der Lymphdrüsen, der Mund-Rachenhöhle, der Genitalien (äufsere — innere Untersuchung) und endlich der Analgegend. Bei dem Zwange einer detaillierten Beschreibung erfolgt unwillkürlich auch die Untersuchung in gründlicherer Weise.

6. Der Leiter des Institutes veranlafst die sofortige polizeiliche Vorführung, eventuell Bestrafung der nicht erscheinenden Prostituierten.

7. Jede Prostituierte, bei welcher Syphilis, Ulcus molle oder Blennorrhoe konstatiert wird, wird sofort in ein Krankenhaus transportiert. Zur eventuellen Ordnung ihrer häuslichen Angelegenheiten werden zwei Stunden unter polizeilicher Aufsicht bewilligt.

8. Der Polizeiarzt besichtigt wöchentlich einmal die Wohnungen der Prostituierten zur Kontrolle der Reinlichkeit und der hygienischen Anforderungen.

9. Der Polizeiarzt hält zweimal wöchentlich unentgeltliche Ordination für venerische Erkrankungen mit gleichzeitiger unentgeltlicher Verabfolgung der Medikamente an die Patienten.

10. Zwei- bis dreimal jährlich soll durch einen oder mehrere bewährte Fachmänner eine Superrevision des Wirkens der untersuchenden Ärzte stattfinden.

11, Die Ärzte sollen bereits auf den Universitäten eine gründliche Vorbildung in Dermatologie und Syphilidologie erhalten; zu diesem Zwecke sind an allen Universitäten besondere Lehrstühle für Dermatologie einzurichten; das Studium in derselben sei obligatorisch.

12. Die ärztliche Überwachung der Prostitution werde nur solchen Ärzten übertragen, die eine dermatologische Abteilung sechs Monate und eine gynäkologische Abteilung wenigstens zwei Monate frequentiert haben und ein Zeugnis beibringen können, dafs sie dort eine genügende praktische Ausbildung erlangt haben.

13. Die gesetzliche Verfügung, laut der Mitglieder von Krankenkassen, wenn sie infolge von Ausschweifungen erkranken, keine Alimentationsgebühren erhalten, ist zu beseitigen.

14. Die Prostitution werde, soweit dies eben möglich, öffentlich gestaltet, d. h. der ärztlichen Kontrolle zugänglich gemacht, die geheime Prostitution dagegen unnachsichtlich verfolgt, in welcher Gestalt sie auch immer auftauchen möge.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 2. Heft 4. 1895.

I. **Studien über Wundheilung mit besonderer Berücksichtigung der Jodpräparate,** von N. Zuntz und E. Frank - Berlin. Nicht immer verhindert die Anwesenheit von pathogenen Organismen in einer Wunde die glatte Abheilung derselben. Das eigentliche Moment, durch welches die Mikrobien erst schädlich werden, ist nach der Ansicht namhafter Autoren in der Zersetzung des Wundsekretes und in der dadurch ermöglichten massenhaften Bildung und nachträglichen Resorption von Toxinen zu suchen. Durch bloßes Austrocknen der Wunden können die schädlichen Folgen der bakteriellen Infektion meist ferngehalten werden. Verfasser glaubt aber, daß neben der austrocknenden Wirkung auch die chemische Zusammensetzung der angewandten Präparate und ihr Verhalten gegenüber den bei der Heilung thätigen Gewebszellen für die raschere oder langsamere Wundheilung in Frage kommen. Dasjenige Wundheilmittel kann als das brauchbarste angesehen werden, welches bei bestem Austrocknungsvermögen, bei möglichst energischer Wirkung gegen bakterielle Schädigungen die Gewebe am wenigsten angreift. Auf diese Eigenschaften hin hat Verfasser eine Anzahl der Jodreihe angehörige Präparate an frischen Wunden der Kaninchenhaut geprüft. Es wurden bei mehreren Kaninchen symmetrische und möglichst gleich große Hautfalten nach vorherigem Rasieren und Abreiben mit Äther und Alkohol mit der Pinzette emporgehoben und mit der Hohlschere abgetragen. Nach erfolgter Blutstillung wurde je auf die eine Wunde Jodoform, Dermatol, Europhen oder Aristol, auf die andere das neuerdings empfohlene Jodpräparat „Nosophen" in ganz dünner Schicht aufgepudert, und darüber ein Stück Verbandwatte mit Schleichscher Peptonpaste befestigt. Nach drei Tagen wurde der Verband entfernt; es zeigte sich, daß die mit Nosophen behandelten Wunden fast geheilt, die mit den anderen Mitteln bedeckten mehr oder weniger in der Heilung noch weit zurückgeblieben waren.

In einer zweiten Versuchsreihe wurde eine Wunde mit Nosophen, eine aseptisch verbunden und eine dritte ganz ohne Verband gelassen.

Nach drei Tagen zeigte sich unter dem aseptischen Verband eine weißliche, käsige Schicht und unter derselben eine ziemlich gute, ganz wenig secernierende Wundfläche. Die mit Nosophen verbundene und die ohne Verband gelassene Wunde sahen gleich gut aus, aber besser, als die aseptisch verbundene.

In einer dritten Versuchsreihe wurden auf der Rückenhaut der Kaninchen symmetrische Skarifikationswunden angelegt und in diese die zu untersuchenden Substanzen eingerieben. Das Resultat war so ziemlich dasselbe, wie das der ersten. Guter Wundverlauf, vorzügliches Aussehen der Wundfläche und Fehlen jeder Gewebsreizung unterschieden das Nosophen von den übrigen Jodpräparaten.

Das mikroskopische Bild entsprach dem klinischen. Die mit Nosophen behandelte Wunde zeigte im Vergleich zu den mit den anderen Mitteln behandelten nur geringes Exsudat und sehr mäßige Infiltration.

Man sieht also unter der Einwirkung des Nosophens an der Kaninchenhaut Heilungsvorgänge, welche denen fast analog sind, die ohne jede Behandlung unter dem Wundschorf sich vollziehen.

Das Nosophen, ein Tetrajodphenolphtalein, ist von Claasen und Löb dargestellt worden. Es ist ein gelbliches, in Wasser, Alkohol und Säuren unlösliches, in Äther

leicht lösliches, geruchloses Pulver. Es hat Säurecharakter und bildet mit Alkalien in Wasser leicht lösliche Salze.

II. **Das Nosophen.** Notiz von O. Lassar-Berlin. Die bisher mit dem Nosophen gemachten Erfahrungen ermutigen zu weiteren ärztlichen Versuchen. Es ist ungiftig und geruchlos und wirkt zweifellos gut bei infektiösen Ulcerationen, z. B. bei Ulcus molle, Balanitis, ferner bei Herpes progenitalis, bei kleineren Wundflächen und in Überhäutung begriffenen Granulationen. Dieselben pflegen unter einer Schicht dieses unlöslichen Streupulvers in Form einer aseptischen Schorfbildung abzuheilen. Das Wundsekret wird unmittelbar nach dem Austritt aufgesogen, sogleich zur Eintrocknung gebracht und bildet mit dem Pulver einen festen, glatt anhaftenden Schutzboden. Eine gründliche Reinigung der zu bestreuenden Fläche muſs vorangehen. Glatte, durch den Thermo- oder Galvanokauter gesetzte Brandwunden nehmen unter aufgestreutem Nosophen ein glattes, ganz reaktionsloses Aussehen an. Bei Nasenkatarrhen kann durch Einführung des Nosophens die Nasenschleimhaut zu schneller Abtrocknung geführt werden.

III. **Eine neue Art von Hautgangrän mit Pustelbildung**, von J. Rotter-Berlin. Der 23jährige, kräftige, wohl genährte, nicht erblich belastete Patient, Nähmaschinenreisender, bemerkte am 4. Dezember 1893 auf der Innenseite des rechten Unterschenkels, etwa in der Höhe zwischen mittlerem und oberem Drittel, ein ohne ersichtliche Ursache entstandenes kleines Hautpickelchen, welches sich rasch vergröſserte, indem die umgebende Haut sich schwarz verfärbte. Bei der Aufnahme des Patienten am 7. Dezember war die afficierte Stelle handteller-, nach weiteren fünf Tagen handgroſs. Die Haut war in ihrer ganzen Dicke bis auf die Fascie in eine zusammenhängende blaugraue, feuchte, weiche gangränöse Masse verwandelt, die mit der Schere abgetragen werden konnte, worauf ein groſses Geschwür von kreisrunder Form mit steilen, scharfen Rändern sichtbar wurde, dessen Grund von Granulationen mit nur wenig Belag gebildet wurde. Etwa eine Woche nach Beginn der Krankheit traten anfangs in der Nachbarschaft des Brandherdes, später über das ganze rechte Bein, Scrotum und Penis zerstreut Pusteln in zwei verschiedenen Formen auf: 1. als gröſsere und zugleich tiefgreifende mit starkem hämorrhagischen Inhalt und 2. als kleinere, mehr oberflächliche mit eiterigem Inhalt und geringerer blutiger Beimischung. Die erste Form entwickelte sich unter lebhaften Schmerzen und starker Rötung der Haut. In den nächsten 24 Stunden erreichte die Pustel die Gröſse eines Markstückes, verfärbte sich vom Zentrum aus dunkelblaurot, füllte sich prall und brach am fünften Tage nach der Entwickelung auf; eine blutig-eiterige, dunkle Flüssigkeit wurde entleert, und ein annähernd kreisrunder Defekt in der Haut sichtbar, der nach 10—14 Tagen überhäutet war. Der ganze Verlauf einer solchen Pustel dauerte etwa drei Wochen.

Siebenunddreiſsig Tage nach Beginn der Affektion begrenzte sich der gangränöse Prozeſs und hinterlieſs ein Geschwür, welches vom Tibiaknauf bis nahe zum Malleolus internus und in der Richtung von vorn nach hinten von der Tibiakante bis zur Mitte der Wade reichte, also die halbe Cirkumferenz des Unterschenkels einnahm. Nur im Beginne war das Fortschreiten der Gangrän von Fieber begleitet. Das Allgemeinbefinden war sonst nicht sehr gestört.

Die Transplantation nach Thiersch gelang nur unvollkommen. Erst im Juni 1894 konnte der Patient mit vollständiger Vernarbung seiner Geschwüre aus dem St. Hedwigs-Krankenhause entlassen werden.

Der Gesamtverlauf der Krankheit stellte sich also unter drei Bildern dar: 1. Vom Beginn bis zum Ende der zweiten Woche als eine progrediente Hautgangrän; 2. vom Anfang der zweiten bis zum Ende der fünften Woche als groſse, tiefe, hämorrhagische Pusteln, neben welchen auch oberflächliche Pusteln vorhanden waren;

3. von der zweiten Woche bis zum Ende der Krankheit, bis zum Beginn des fünften Monats in Form von oberflächlichen Pusteln, welche nach Ablauf des zweiten Monats nur noch vereinzelt auftraten.

Die mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen ergaben in dem Eiter der gangränösen Geschwüre einen Bacillus, der nach den gewöhnlichen Färbemethoden leicht tingierbar ist, aus Agarkulturen entnommen eine Länge von 1—2 μ und eine Breite von 0,3—0,5 μ besitzt, also ein kurzes, dickes Stäbchen bildet, das in der Länge mit dem Rotzbacillus annähernd übereinstimmt, aber etwas dicker und plumper als dieser erscheint. Das an den Ecken abgestumpfte Stäbchen liegt fast immer einzeln und hängt nur selten zu 2—3 Gliedern zusammen. In Bouillonkulturen finden sich nach zweitägigem Wachstum aufser kleinen Stäbchen noch Gebilde, die einem plumpen Coccus gleichen, ferner in einzelnen Präparaten Doppelbacillen, ja auch Ketten von drei Bacillen. Diese Figuren sind wohl als Involutionszustände aufzufassen. Die Bouillonkulturen riechen fade, wie abgestandene Brühe, die Agarkulturen besitzen einen Stich ins Faulige. Im hängenden Tropfen zeigen die Stäbchen eine lebhafte Eigenbewegung.

Verfasser möchte aus folgenden Thatsachen diesen Bacillus als den Erreger der Krankheit im vorliegenden Falle ansehen: 1. aus dem konstanten Befund derselben Bakterien in den Krankheitsherden des Patienten während des ganzen Verlaufes; 2. aus dem positiven Ausfall der Rückimpfung auf den Patienten, welche nach einer Inkubationszeit von sieben Tagen dieselbe eigenartige, charakteristische Pustel erzeugte, wie sie während des floriden Stadiums auftraten; 3. aus dem Nachweis immunisierender heilender Substanzen in dem Blute des Patienten, welches Mäuse gegen aufserordentlich schwere Vergiftungen mit dem kultivierten Bacillus schützte.

Der Bacillus erzeugt bei Kaninchen, wie beim Menschen Pusteln und Gängrän der Haut.

Deshalb möchte Verfasser denselben „Bacillus pustulo-gangraenescens“ nennen. Die Krankheit, die er erzeugt, mufs als ein Morbus sui generis angesehen werden.

IV. **Zur Verhütung der blennorrhoischen Infektion beim Manne**, von Blokusewski-Daun. Verfasser hat an 20 männlichen Personen folgendes Verfahren zur Verhütung der blennorrhoischen Infektion erprobt: Möglichst bald, bis etwa 1/4 Stunde nach dem Coitus, wird nach vorangegangenem Urinieren die Spitze eines vom Verfasser eigens hierzu konstruierten Tropfglases mit 2—3 Tropfen einer 2%igen Höllensteinlösung in die zwischen Zeigefinger und Daumen erweiterte Fossa navicularis gesenkt und die Flüssigkeit mit der Schleimhaut in Kontakt gebracht.

Nach kurzer Zeit (1/4 Minute) kann ein Abspülen mit Wasser erfolgen. Wichtig ist hierbei ein zweckmäfsiges Urinieren, wobei durch zeitweiliges Zuhalten der Öffnung mit dem aufliegenden Finger (nicht durch Zusammendrücken der Öffnung!) das darin befindliche Sekret herausgespült wird.

Ist ein Urinieren nicht möglich, so mufs durch Abspülen mit Wasser eine Entfernung dieses Sekretes aus der Fossa navicularis bewirkt werden. Erfolgt die Einträufelung bedeutend später, oder wird sie anfangs gar vergessen, so ist eine längere Einwirkung der Lösung (1/2 Minute) zweckmäfsig. Es ist anzunehmen, dafs der Schutz im allgemeinen noch mehrere Stunden nachher eintritt. Der Erfolg war durchweg ein günstiger; 1 1/2%ige Höllensteinlösung zeigte sich dabei unsicher.

Unter Umständen ist es nötig, stärkere Lösungen, 2 1/2—3%ige, zu gebrauchen.

Bei der Anwendung seiner Methode hat Verfasser die günstigen Erfahrungen im Auge gehabt, welche mit Credés prophylaktischen Einträufelungen von Höllensteinlösungen in die Augen der Neugeborenen zum Zwecke der Verhütung der blennorrhoischen Conjunctivitis gemacht worden sind.

V. **Beiträge zum Studium des Pigments**, von F. Gamm-Berlin.

1. Pigmentzellen in der normalen Lederhaut. Bei den japanischen Neugeborenen und jüngeren Kindern findet man in der Kreuz- und Steifsbeingegend, direkt über der Rima ani und in diese noch etwas hineinragend, eine kinderhand grofse Hautstelle, welche mattblau verfärbt ist. Aufser diesem typisch lokalisierten Pigmentflecke sind noch mehrere über dem Rücken, den Nates, der Rückenseite der Extremitäten zerstreut vorhanden: einzeln und spärlich, erbsen- bis handtellergrofs, oder reichlich und zu landkartenähnlichen Mustern zusammenfliefsend. Gegen die Umgebung sind die Flecke ziemlich scharf abgegrenzt oder sie gehen in die Farbe derselben allmählich über.

Diese physiologischen Pigmentationen lassen sich bis zum vierten Monate des embryonalen Lebens zurück verfolgen. Mit zunehmendem Alter nach der Geburt lassen sie mehr und mehr ab und verschwinden zwischen dem fünften bis zehnten Lebensjahre spurlos.

Die Ursache dieser merkwürdigen Pigmentierung ist eine Farbstoffanhäufung in Zellen, aber nicht in Epithelien des Rete Malpighii, sondern in eigentümlichen, dem Bindegewebstypus angehörenden Zellen des Coriums. Diese Träger des Farbstoffes sind grofse plumpe, in die Länge gezogene, entweder unregelmäfsig spindelförmige oder mit mehreren Fortsätzen versehene Zellen von etwa 6—10 μ auf dem Querschnitte. Die Länge beträgt meist zwischen 20 und 50 μ, kann aber über und unter diesem Mafse bedeutend variieren. Die Fortsätze dieser Zellen können geradlinig oder geschlängelt sein und einerseits sich weit zwischen die Bindegewebsfasern hinein erstrecken, andererseits mit benachbarten Ausläufern Verbindungen eingehen. In die Papillarschicht der Lederhaut treten die Pigmentzellen nicht ein, ihr eigentlicher Verbreitungsbezirk ist die mittlere und tiefe Partie der Lederhaut. Von hier aus ziehen noch zahlreiche Zellen in das nächstliegende bindegewebige Fachwerk des Unterhautfettgewebes hinein, aber nicht in das eigentliche Fettgewebe, ebensowenig dringen sie in die Schweifsdrüsen, die Talgdrüsen, zwischen die Epithelien der Epidermis ein. Auch in den epithelialen Wurzelscheiden der Haut und in den Haarzwiebeln ihres Gebietes finden sich diese Pigmentzellen nicht. Das Pigment selbst lagert in Form von zahllosen feinen dunkelbraunen Körnchen in den beschriebenen Zellen, dichter an der Peripherie, als im Innern derselben. Wo die Körnung schwach ist, nehmen die Zellen ein gelbbraunes, da wo sie gedrängter ist, ein dunkelbraunes, fast schwarzes Kolorit an. Die dunkle Färbung läfst ein kernähnliches Gebilde in den Pigmentzellen nicht unterscheiden; höchstens in sehr pigmentarmen, offenbar jüngeren Exemplaren und in den embryonalen Formen tritt ein Kern, häufig mit einer scharfen intensiveren feinkörnigen Umrandung versehen, deutlich hervor.

2. Beobachtungen über die Verteilung des Hautpigmentes und über das Verhalten von Geschwülsten, welche von pigmentierter Haut abstammen, besonders der Dermoide, zum Pigment der Haut.

A) Zur histologischen Ausbreitung des Pigments in der normalen Haut der Japaner. Verfasser fand bei seinen Untersuchungen in der Haut der Epithelien, welche fähig sind — normalerweise —, Farbstoff aufzunehmen, resp. zu bilden, und solche, welchen diese Fähigkeit abgeht. Zu den ersteren zählen die eigentliche Epidermis und das Haar, zu den letzteren die Schweifsdrüsen, Talgdrüsen und die Haarwurzelscheide.

Die Ansichten des Verfassers bezüglich der Entstehung und Beschaffenheit des Oberhautpigmentes in der japanischen Haut decken sich mit den Forschungsresultaten von Jarisch, Unna, Cohn und anderen Forschern.

B) Über das Vorkommen von Pigmentepithel in Dermoiden der

Haut nimmt Verfasser auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen von Dermoiden japanischer Abstammung an, dafs sich an der Bildung des epithelialen Überzuges der Dermoide der Haut zwei verschiedenartige Epithelgruppen beteiligen, deren eine dem Typus der Epidermis, die andere dem der Hautdrüsen entspricht. In Präparaten von Carcinom der Mamma in der Gegend der Mammilla, ferner von zwei Carcinomen des Penis, ausgehend von der Haut des Präputiums, und von einem Papilloma glandis penis fand Verfasser kein Pigmentepithel.

VI. **Ein Fall von Naevus linearis (Ichthyosis linearis) unius lateris,**[1] von A. Alexander-Berlin. Nach den Angaben der Mutter soll die Affektion in den ersten vier Wochen nach der Geburt die Farbe der normalen Haut haben, später einen gelben Farbenton angenommen haben und gegenwärtig mehr oder weniger tief gelbbraun aussehen. Die rauhe Oberfläche der Streifen ist dadurch bedingt, dafs sich dieselben aus kleinen Papillen zusammensetzen. Indem sich so eine Papille neben der anderen befindet, entstehen warzenähnliche Gebilde, die sich in Form von eigentümlichen Bogenlinien aneinanderreihen. Die Hautveränderung ist auf ein Gebiet beschränkt, das sich vorn von der Mammilla bis zum oberen Drittel des Oberschenkels, hinten vom elften Interkostalraum bis zur Mitte der Nates erstreckt. Sie befindet sich ferner, haarscharf in der Mittellinie abschneidend, nur auf der rechten Körperhälfte. Die papillären Bildungen variieren bedeutend in Gröfse und Farbe. Man kann sie ihrer Lage nach mit gewucherten Hautpapillen identificieren. Sie sind in vier in ihrem Verlaufe miteinander übereinstimmenden Linien angeordnet. Die oberste Linie erscheint als ein schmaler, wie mit dem Lineal gezogener, im elften Interkostalraume den Rippen parallel verlaufender Streifen. Die zweite Linie stellt eine 1—2 cm breite Papillarhypertrophie dar, welche hinten mit einem nach unten offenen Haken beginnt, der Linie 1 parallel verläuft und sich 1—1½ cm von derselben entfernt, also dicht unterhalb der zehnten Rippe befindet. Linie 3 besteht aus einem, teilweise 6 cm breiten Gebiete hypertrophischer Hautpapillen. Ihr oberer Rand entspricht dem Darmbeinkamme und läuft den Linien 1 und 2 parallel. Linie 4 ist strichförmig, verläuft schräg abwärts nach der Mitte der äufseren Fläche des Oberschenkels. So das Bild auf der Rückseite. Die Seitenansicht der rechten Körperhälfte zeigt genau dasselbe Bild.

Verfasser beschreibt dann ausführlich die Vorderansicht der Affektion. Aufser den beschriebenen Linien findet sich nirgends auf der Haut eine Veränderung vor. Eine Behaarung des anormalen Hautgebietes oder eine anormale Behaarung irgend eines anderen Teiles der Haut ist nirgends vorhanden. Möglich, dafs eine solche doch noch im späteren Lebensalter des Knaben, vielleicht um die Pubertätszeit, auftritt.

Verfasser bespricht unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur und der zahlreichen in derselben aufgestellten Hypothesen die Ätiologie des Falles. Das Endurteil hierüber überläfst er Dr. Blaschko, dessen Ansichten über dieses Thema sich zumeist auf eigene Arbeiten stützen.

VII. **Bemerkungen zu vorstehendem Aufsatze,** von Blaschko-Berlin.[2]

VIII. Bemerkungen zu Herrn Prof. Köbners Aufsatz: Zur Kritik des Vortrages des Herrn Prof. O. Liebreich: **Über Lupusheilung durch Kantharidin und über Tuberkulose,** von E. Saalfeld-Berlin. S. weist die Angriffe Köbners zurück, giebt allerdings zu, dafs die Einwirkung des Kantharidins auf den Lupus nur sehr langsam vor sich geht. Indessen kann dasselbe gelegentlich auch einen Effekt in kurzer Zeit hervorrufen, wie aus einer Mitteilung von Demme ersichtlich ist, der bei Verbrennungs-

[1] S. pag. 15.
[2] S. Referat, pag. 15.

wunden, die nicht zur Vernarbung kommen wollten, durch Verabreichung von Kantharidin eine schnelle Heilung erzielte. S. glaubt, auch fernerhin schon deshalb für dieses Mittel eintreten zu können, weil er während seiner sechsjährigen Thätigkeit bei Köbner niemals auch nur annähernd gleich günstige Resultate bei der Lupusbehandlung zu sehen Gelegenheit hatte, wie sie in den letzten vier Jahren durch das Kantharidin ermöglicht worden sind. (Na, na!) *C. Berliner-Aachen.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Mai 1895.

I. **Über einige Affektionen des Nervensystems, welche im frühen und späteren Stadium der acquirierten Syphilis auftreten,** von J. Collins-New York. Verfasser, Neurologe, will über den Gegenstand nichts Neues bringen, sondern das Thema einmal vom Standpunkte des Neurologen aus betrachten. Die Zahl der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems im frühen Stadium der Syphilis ist aller Wahrscheinlichkeit nach nicht geringer, als im späten. Wenn sich auch eine feste Grenze zwischen sekundärem und tertiärem Stadium nicht ziehen läfst, so möchte Verfasser dennoch diejenigen Fälle, bei welchen das Nervensystem vor dem Ende des zweiten Jahres post infectionem syphilitisch erkrankt, als der sekundären Periode angehörig ansehen. Die Syphilis des Nervensystems kann man der Bequemlichkeit halber einteilen: 1. In eine cerebrale; spinale; cerebro-spinale. 2. Periphere. a) Neuritis; b) Neuralgie; c) Lähmung. 3. Neurasthenie. 4. Epilepsie. Verfasser führt die einzelnen Punkte näher aus und illustriert dieselben mit Beispielen aus seiner Praxis.

(Fortsetzung folgt.)

II. **Recidivierender Zoster,** von J. Grindon-St. Louis. In der Mehrzahl der Fälle trifft der Herpes zoster ein und dasselbe Individuum nur einmal im Leben. Verfasser hat sich der mühsamen Arbeit unterzogen und die Ausnahmen von der obigen Regel, soweit sie in der Litteratur veröffentlicht sind, zusammengestellt. Das kasuistische Material, in welches der Verfasser den chronischen Zoster mit einschliefst, wird in der nachstehenden Einteilung dem Leser vorgeführt:

1. Gruppe: Chronischer Zoster.

2. Gruppe: Fälle von mehrere Male oder häufig recidivierendem Zoster: a) recidivierend an derselben Stelle; b) recidivierend an verschiedenen Stellen; c) recidivierend an derselben und auch an anderen Stellen.

3. Gruppe: Fälle von nur einmal wiederkehrendem Zoster mit denselben Unterabteilungen, wie bei Gruppe 2.

4. Gruppe: Zoster gangraenosus recidivus atypicus hystericus.

(Fortsetzung folgt.)

III. **Xanthoma diabeticorum,** von J. F. Schamberg-Philadelphia. Die Mehrzahl der veröffentlichten Fälle rühren von englischen Autoren her, während von Deutschland und Österreich aus noch kein Fall in der Litteratur verzeichnet ist.

Das Xanthoma diabeticorum kann als eine subakute, entzündliche Hautaffektion angesehen werden, welche sich zu einer Glykosurie hinzugesellt und charakterisiert ist durch eine Eruption von diskreten oder auch konfluierenden, festen, dunkelroten, stecknadelkopf- bis erbsengrofsen Papeln, häufig mit gelblichen Spitzen versehen. Die Effloreszenzen entwickeln sich meist gleichzeitig und rapide und verschwinden, wenn der konstitutionelle Zustand sich bessert. Die gelblichen Köpfchen der Effloreszenzen geben diesen das Aussehen von Pusteln, erweisen sich jedoch beim Einstechen als ganz solide. Über den Papeln werden oft erweiterte Kapillaren beobachtet, welche die gelbe Farbe der Köpfchen etwas dunkler erscheinen lassen. Jucken, Stechen, Spannung sind die subjektiven Symptome, welche die Patienten in den Effloreszenzen empfinden.

Was die Ätiologie betrifft, so wissen wir, dafs die Hautaffektion fast immer mit Glykosurie vereint auftritt. In einem Falle ging sie dieser voran. Mit Ausnahme von zwei Fällen betrafen alle männliche Individuen im Alter von 26—48 Jahren. Sie waren korpulent und erfreuten sich einer vorzüglichen Gesundheit.

Die Prognose ist günstig, doch zeigt die Krankheit, wie einige Autoren berichten, Neigung zu Recidiven.

Die Diagnose ist im allgemeinen leicht. Von dem gewöhnlichen Xanthom unterscheidet sich das Xanthoma diabeticorum durch folgende Merkmale:

1. Die rapide Evolution und Involution der Efflorescenzen.
2. Die Festigkeit und Härte der Papeln.
3. Die Abwesenheit von Flecken und Streifen.
4. Die Verschiedenheit in der Farbe. Oft ist eine deutlich rötliche Farbe mit bisweilen gelblichen Spitzen vorhanden.
5. Die subjektiven Symptome.
6. Die Lokalisation. Die Prädilektionsstellen des Xanthoma diabeticorum sind die Ellenbogen, Knie, Lenden und das Gesäfs. Beim gewöhnlichen Xanthom ist vorwiegend das obere Augenlid befallen.
7. Die Haarfollikel sind in Mitleidenschaft gezogen.
8. Das Vorhandensein einer Glykosurie. Verfasser bespricht kurz die Histologie und beschreibt einen prägnanten Fall aus seiner Praxis.

IV. **Pagets Disease**, von J. V. Shoemaker-Philadelphia. Die 52jährige, ledige, wohlgenährte Patientin giebt an, vor 2½ Jahren heftiges Jucken am ganzen Körper empfunden zu haben. Sie erinnert sich, dafs sie sich an der rechten Brustwarze einige Male gekratzt und bei dieser Gelegenheit mit ihren Fingernägeln die Haut aufgerissen habe. Von jener Zeit begann die Brustwarze wund zu sein. Nach und nach habe sich die Krankheit ausgebreitet, die Haut sei von Anfang an rauh gewesen. Schmerzen habe sie jedoch niemals gehabt, ihr Allgemeinbefinden sei fast immer gut gewesen.

Gegenwärtig ist die erkrankte Brustwarze so eingesunken, dafs sie kaum noch zu erkennen ist. Ihre Farbe ist lebhaft rot, ebenso die Areola um die Brustwarze herum. Die Oberfläche der letzteren ist bedeckt mit einer blutigen, schwach eiterigen Flüssigkeit. Der entzündliche Hof hat etwa die Gröfse eines Silberdollars. Die Basis der Brustwarze fühlt sich etwas hart an, ihre Peripherie ist scharf begrenzt. Die entsprechenden Axillardrüsen sind nicht geschwollen.

Der vorliegende Fall ist in differential-diagnostischer und ätiologischer Beziehung von besonderem Interesse. Pagets Krankheit soll auf der einen Seite wohl unterschieden werden vom chronischen Ekzem, andererseits soll sie zu gewissen anderen Affektionen der Haut und der Schleimhäute in Verbindung gebracht werden. Pagets Disease ist eine der seltèneren Affektionen der Brustwarze. Sie beginnt gewöhnlich als eine unbedeutende Rhagade oder Exfoliation kleiner horniger Schuppen. Wenn diese sich abgelöst haben, kommt eine gerötete Oberfläche zum Vorschein. Die Krankheit leitet sich meistens mit Jucken ein, das im weiteren Verlaufe verschwindet. Der Prozefs ergreift allmählich die ganze Brustwarze und dehnt sich auf den Warzenhof aus. Die befallene Oberfläche ist von hellroter Farbe, glatt, bisweilen auch rauh, infolge der Anwesenheit feiner Granulationen. Sie ist bedeckt von einer geringen Menge Sekret, das oft zu gelben oder braunen Krusten eintrocknet. Unterhalb des Geschwüres kann man gewöhnlich einen gewissen Grad von Härte wahrnehmen. Die rauhe Oberfläche blutet leicht. So weit geht etwa das ekzematöse Stadium. Im weiteren Verlaufe, der übrigens ein sehr schleichender ist, retrahiert sich die Brustwarze und verschwindet nach und nach gänzlich. Die früher von der Brustwarze

eingenommene Stelle sinkt ein und ulceriert. Schliefslich greift die Krankheit auf die Brustdrüse über, die anschwillt und schliefslich einer bösartigen Degeneration anheimfällt. Es ist häufiger die rechte, als die linke Brustwarze ergriffen. Die Krankheitsdauer ist verschieden. Am häufigsten ist die Brustwarze befallen, seltener andere Körperstellen, unter denen namentlich das Scrotum und der Penis erwähnt werden.

Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose zwischen Pagets Disease Ekzem, Molluscum contagiosum, erörtert die pathologische Anatomie der Krankheit, die Frage der Psorospermosis etc. Es ist ein klares und umfassendes Bild, das wir in der vorliegenden Arbeit von der Pagetschen Krankheit erhalten. Ein gleich vorzüglicher Aufsatz würde jedem Lehrbuche Ehre machen. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Zur Lehre von der Nukleoalbuminurie, von K. Pichler und V. Vogt. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1894. No. 17.) Je mehr die Methoden des Nachweises der verschiedenen Eiweifsarten sich verfeinern, desto mehr wuchs das Bedürfnis, den Sammelbegriff Albuminurie fallen zu lassen, mehrere klinische Gruppen aufzustellen, die Bezeichnung Albuminurie nur für Ausscheidung der beiden Eiweifskörper des Blutplasma (Serumalbumin und Globulin) beizubehalten. Die jüngste klinische Form ist die Nukleoalbuminurie. Nukleoalbumin charakterisiert sich durch seine Unlöslichkeit in Essigsäure, durch die Fällbarkeit mit schwefelsaurer Magnesia und dadurch, dafs es beim Kochen mit verdünnten Mineralsäuren keine reducierende Substanz abspaltet. Es ist besonders vom Globulin und Mucin scharf zu unterscheiden.

Die Nukleoalbuminurie tritt gerade beim Morbus Brightii sehr in den Hintergrund, während sie bei Schädigung von Gewebszellen irgend einer Stelle des Körpers oder, seltener, bei Übertritt nukleoalbuminhaltiger Sekrete ins Blut erscheint. Folgende Versuche beschäftigen sich vorwiegend mit der Nukleoalbuminurie als Ausdruck der Schädigung der Zellsubstanz: 1. 30 ccm konzentrierte, neutrale Kaseinlösung in die Vena cruralis einem Hunde injiciert, bewirkt Nukleoalbuminurie, die bis zu fünf Tage anhielt. Dasselbe ist prozentisch stets eine geringe. 2. Beschränkung der Sauerstoffzufuhr bewirkt eine Schädigung des Protoplasmas. Dasselbe müfste dann auch durch Anämisierung gröfserer Körperteile erreicht werden. Abklemmung der Kruralarterie durch 20—30 Minuten bewirkte Nukleoalbuminurie. Um zu entscheiden, ob dabei nicht Alterationen der Niere mitspielen, wurden die Herrmannschen Versuche mit Abklemmung der Nierenarterie, resp. der Nierenvene wiederholt. Stets trat starke Nukleoalbuminurie ein. Die Nieren zeigten nur leichte Fettanhäufung in den Zellen. Es kann also auch die Niere Quelle von Nukleoalbuminurie werden, die erst bei anderen Versuchen ausgeschlossen werden mufs. 3. Schreiber hat durch Thoraxkompression Nukleoalbuminurie mit oder ohne gleichzeitige Albuminurie hervorgerufen. Die Wiederholung der Versuche bewirkte zweimal nur Nukleoalbuminurie, in den anderen Fällen zusammen mit Albuminurie oder auch diese allein.

Anämisierung ganzer Gliedmafsen durch elastische Binden bewirkte nur in der Minderzahl der Fälle Nukleoalbuminurie.

Bei den klinischen Beobachtungen waren die Ergebnisse denen Obermayers gleich.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Albumennachweis, von CHAPELLE. **Über Eiweifsnachweis im Harn mittelst Chromsäure,** von GUÉRIN. (*Journ. de pharm. et de chimie.* 27. Dezember 1893.) Als höchst empfindliches Reagenz empfiehlt GUÉRIN 10%ige wässerige Chromsäurelösung, 2 mg lassen sich in 100 ccm noch nachweisen. Ein auftretender flockiger weifser Niederschlag, der beim Erwärmen bleibt, spricht für Albumen. Peptone, Albuminosen etc. erzeugen in der Hitze lösliche Niederschläge. Bei Gegenwart von Harzsäuren treten Färbungen auf, die durch konzentrierten Alkohol gelöst werden.

CHAPELLE empfiehlt Magnesiasulfat und Essigsäure zum Albumennachweis.

F. Hahn-Bremen.

Behufs **isolierten Nachweises des** durch die Glomeruli filtrierten **Eiweifses,** gegenüber dem aus desquamierten Epithelien oder interstitiellen Gefäfsen stammenden verfährt D'HARENS (*La Policlinique.* 1894. No. 10) in folgender Weise: Da die feinsten Filtrierpapiernummern noch Epithelien durchlassen, so werden diese mechanisch niedergeschlagen, indem man gleiche Volumenteile frischen Urins und Magnesia usta in einem gröfseren Reagensglase intim mischt und filtriert. Das Filtrat wird mit Acidum aceticum bis zur sauren Reaktion angesäuert und nach den gewöhnlichen Methoden auf Eiweifs untersucht.

Die Methode ist unbrauchbar bei Hämaturie, sowie bei renaler Arteriosklerose oder etwa Nephritis mit starker Epitheldesquamation.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zum Nachweis von Albumosen im Harn, von H. HILDEBRANDT. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1894. No. 16.) Eine empfindliche Reaktion auf Eiweifs giebt die Sulfosalicylsäure, die auch Albumosen gut anzeigt; sie hat den Vorteil, den Niederschlag nicht wieder zu lösen, wenn sie im Überschufs zugesetzt wird. Verfasser, der den Albumosengehalt des Harns nach subjektiver Injektion von Albumosen bestimmen wollte, benutzte deshalb die Sulfosalicylsäure und schildert genau das Verfahren, welches auch quantitative Bestimmung ermöglichte. Er konnte mittelst desselben feststellen, dafs nur 2,7% des injicierten Albumens im Harn ausgeschieden wird, während von subkutan injicierten Peptonen 60—70% im Harn wiedererscheinen sollen. Die Biuretreaktion giebt keine sicheren Resultate. Verfasser wendet sich dann gegen NEUMEISTER, der im Gegensatz zu ihm behauptet, dafs die subkutan in die Säftemasse eingeführten Albumosen ganz oder fast ganz aus dem Harne wiedergewonnen werden können, und weist die Unzulänglichkeit der von ihm verwendeten Methoden nach.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Nachweis geringer Zuckermengen im Harn sprach A. HEINEBUCH in der Pharmaceutischen Gesellschaft. (*Pharmaceut. Centralh.* 1894. No. 2.) Für kleinere Zuckermengen eignet sich am besten die Phenylhydracinprobe; die entstehenden Krystalle von Phenylglykosazon, gelbe, oft büschelförmig gelagerte Nadeln sind noch bei 0,01% Zucker unter dem Mikroskop nachweisbar. Alkalische Wismutlösung weist noch 0,03, allenfalls 0,025% nach, FEHLINGsche mit Sicherheit nur 0,05%. Zum Entfärben bei Benutzung des Polarisationsapparates ist Bleiessig vorteilhafter, da Tierkohle kleine Zuckermengen resorbiert. Für kleine Mengen Eiweifs empfiehlt der Vortragende besonders Essigsäure und Rhodankalium, dadurch ist noch 0,006% nachweisbar; letzteres ist seiner wasserklaren Lösung wegen dem Ferrocyankalium vorzuziehen.

GÖLDNER hält die Ansicht, dafs Tierkohle Zucker zurückhält, für irrig; es ist in derselben nur soviel Zucker nachweisbar, als dem zurückgehaltenen Harn entspricht. Bleiessig trübt den Harn etwas.

ESCHBAUR hat auch nie wahrgenommen, dafs Tierkohle Zucker zurückhält, zieht aber dennoch Bleiessig vor, da er andere Stoffe, z. B. kleine Eiweifsmengen, auch

niederschlägt. Die Gährungsprobe ist für qualitativen Nachweis von Zucker sehr brauchbar.

Beer bemerkt, dafs die Phenylhydracinprobe leicht ausführbar und auch stets der Gährungsprobe vorzuziehen sei, zumal letztere 15—20 Stunden erfordere. Die Zuckerbestimmung im Einhornschen Saccharimeter giebt bei gröfserem Zuckergehalt gute Resultate: bei weniger als 0,5% ist sie nicht brauchbar.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Lehre von der Oxalurie, von E. Heinrich Kisch. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 18.) Die Oxalurie bestimmte man früher lediglich durch den Befund zahlreicher Oxalatkrystalle bei mikroskopischer Untersuchung und fand viele Fälle. Jetzt verlangt man den quantitativen chemischen Nachweis, und da sind nur wenig Mitteilungen von Oxalurie gemacht. An der Hand der quantitativen Bestimmung hat Verfasser nachweisen können, dafs die Angabe (Cantani u. a.) von der Häufigkeit der Oxalurie bei Fettleibigkeit und Diabetes mellitus nicht zutreffend ist. Normal sind 15—20 mg Oxalsäure in einem Liter Harn enthalten; nur 2 von 10 Fällen von Lipomatosis und nur 1 von 8 Fällen von Diabetes zeigte einen gröfseren Gehalt. Auch sonst wird wahre Oxalurie nur selten gefunden. Verfasser verfügte über fünf gewichtsanalytische Belege, in denen der Oxalsäuregehalt von 22 mg bis 71,3 mg im Liter Urin schwankte.

In allen fünf berichteten Fällen bestanden Anomalien in der Funktion der Verdauungsorgane, besonders habituelle Obstipation, in drei hochgradige Erregbarkeit des Nervensystems, in drei waren auffallende Indikanmengen im Harne vorhanden. Vielleicht werden weitere Beobachtungen die Vermutung des Verfassers bestätigen, dafs Oxalurie nur ein Symptom ist, und zwar vornehmlich mit Störungen im Darmtractus und im Nervensystem in Zusammenhang steht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Phosphaturie, von Hermann G. Klotz. (*New York. med. Monatsschr.* 1894. No. 2.) Phosphaturie bezeichnet die Ausscheidung eines durch nicht gelöste Phosphate getrübten Harnes, aber auch die Fälle, in denen die Trübung erst nach längerem Stehen des Harnes eintritt. Eine Vermehrung der Phosphate braucht dabei nicht stattzuhaben, es genügt eine Abnahme der sauren Reaktion des Harnes. Nachdem Verfasser genauer die Veränderungen des Harns geschildert, geht er auf die Ursache der Phosphaturie ein, die vor allem durch eine Vermehrung der Alkalien im Blute und eine Verminderung der disponiblen Säure bedingt ist. Die Peyersche Erklärung der Phosphaturie als Sekretionsneurose, reflektorisch ausgelöst von Störungen der Sexualorgane oder seltener von Hysterie und Neurasthenie, bringt uns nicht viel weiter in der Erkenntnis. Die Phosphaturie verläuft oft symptomlos; wenn sie bei Geschlechtskranken häufiger beobachtet wird, so liegt das nur daran, dafs diese ihren Harn mehr beachten. Es können aber Schmerzen in der Nierengegend vor der Urinentleerung, Neuralgien in den Hoden, vermehrter Harndrang, Brennen während des Urinierens, Tenesmus besonders am Ende des Aktes durch Phosphaturie bedingt sein. Sehr oft finden sich Störungen in den Funktionen des Nervensystems, Neurasthenie und Hysterie. Appetitlosigkeit und träge Verdauung, Salzsäureüberfluſs und Salzsäuremangel können vorhanden sein. Fraglich ist es im Einzelfalle, ob Phosphaturie Ursache oder Folge anderer Symptome ist. Teissier beschreibt das Auftreten der Phosphaturie in Verbindung mit Diabetes; zuweilen gelingt der Zuckernachweis nicht, wogegen starke Phosphaturie besteht, in anderen Fällen nimmt letztere zu, wenn der Zuckergehalt nachläſst.

Verwechselung ist möglich mit Schleim- und Eitergehalt; Kochen und Säurezusatz schützen davor; dasselbe gilt bei der Abgrenzung von Albuminurie. Ob die Phosphaturie häufig zur Bildung von Blasensteinen oder rascher Vergröfserung schon

bestehender Konkremente führt, ist fraglich. Jedenfalls neigt die mit Bildung von kohlensaurem Ammoniak einhergehende Alkalisierung mehr zur Konkrementbildung.

Die Behandlung erfordert Regelung der Ernährung, Beaufsichtigung des Genusses von Mineralwässern, Beseitigung von Dyspepsie. Wirksam ist von Medikamenten besonders Borsäure intern, die allerdings leicht zu Verdauungsstörungen, vielleicht auch zu Ekzemen führt. Milchsäure, Salicylsäure, salicylsaures Natron sind auch oft von Erfolg. Lokale Leiden am Urogenitalapparat müssen beseitigt, eingreifende Methoden aber vermieden werden. Ausspülungen der Blase mit Säuren sind zwecklos. Warme Bäder leisten gute Dienste. Neurasthenie mufs natürlich bekämpft werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bemerkungen über Phosphaturie, von THORNDIKE. (Nach *Ann. des mal. des org.-gén. urin.* 1894. No. 6.) Es sind Notizen, welche der Autor seit drei oder vier Jahren über die von sogenannter Phosphaturie Heimgesuchten gesammelt hat. Alle seine Beobachtungen sind charakterisiert durch ständige nervöse und Verdauungsbeschwerden, manchmal durch neuralgische Schmerzen im Rücken, Leib und in den Lenden, stets findet sich hierbei die Phosphatwolke im Urin. Dieser ist bald alkalisch und dann getrübt durch die Phosphatniederschläge, bald ist er neutral oder kaum alkalisch, aber dann klar, wenigstens solange er nicht erhitzt ist Diese Niederschläge zeigen keineswegs ein Übermafs von Phosphorsäure an; die nur in sauren Flüssigkeiten löslichen Kalk- und Magnesiasalze lagern sich eben in neutralem oder alkalischem Urin ab, was nur den Mangel einer Säure bedeutet. An diesem Verlust an Säure dürften vielfache und schlecht bestimmte Ursachen Schuld sein, wie Zerfall des Harnstoffs oder Gegenwart eines fixen Alkalis, welches selbst wieder abhängig ist von allgemeiner Schwäche oder Verminderung der Gallensekretion.

Solche Fälle von Phosphaturie beobachtet man unter vielfachen Bedingungen, z. B. bei nervösen Störungen, während der Genesung von schweren Leiden. Manchmal sehen sie sich wie eine schwere Form an: die Urinmenge steigt, das Allgemeinbefinden wird schlechter — man hat die als Diabetes insipidus oder Polyurie beschriebene Krankheit vor sich, ohne dafs man sich bis jetzt mit dem Verhältnisse beschäftigt hatte, in welchem die abgeschiedene Flüssigkeitsmenge zum Gehalt an festen Stoffen steht. WILLIS nennt Hydrurie die Fälle, in denen das Wasser an festen Stoffen arm ist; Anosaturie diejenigen, in denen die Polyurie mit einem sehr schwachen Verhältnis an Harnstoff verbunden ist, und Azoturie diejenigen, bei denen Harnstoff im Übermafs vorhanden. Hier mufs man den seltenen Diabetes phosphaticus von TEISSIER einreihen; er ist gekennzeichnet durch die Ausscheidung von 15—20 g Phosphorsäure anstatt der normalen 3 g. Über die Herkunft dieses Übermafses von Phosphor herrscht Unsicherheit; bei den Diabetikern schwindet manchmal der Zucker, um der Phosphorsäure Platz zu machen; nach BENECKE bildet sich der Zucker in Milchsäure um, welche das Knochengewebe angreife und die Phosphate auflöse.

Was die durch Phosphaturie hervorgerufene Reizbarkeit der Blase betrifft, so ist sie vorübergehend, die Phosphatsteine bilden sich immer erst sekundär.

Andere Autoren, wie WOOD und EDER, legen grofses Gewicht auf die Rolle, welche die Ernährung spielt, sobald es sich um die Produktion von Phosphaten handelt.

Neuhaus-München.

Über die Indikanurie als diagnostisches Zeichen der Tuberkulose im Kindesalter. (*Policlinico* 1894. No. 14.) Zu den zahlreichen Arbeiten über diesen Gegenstand, wobei die Indikanurie beim Kinde bald als beinahe untrügliches Zeichen der Tuberkulose aufgefafst, bald diesem Symptome jeder diagnostische Wert abgesprochen wurde (HOCHSINGER, KAHANE etc. einerseits, MOMIDLOWSKI, VONTE etc.

andererseits), gesellt sich eine weitere von Lionbitza, Djouritch, welche zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Die Indikanurie kommt bei gesunden Kindern nicht vor.

2. Sie wird jedoch keineswegs konstant bei verschiedenen Krankheiten beobachtet (Typhus, chronischer Gastrointestinalkatarrh, Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis, Chorea gravis).

3. Sie ist konstant bei der Tuberkulose. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Fragmentation der roten Blutkörperchen und ihre Bedeutung für die Diagnose der Hämaturie, von F. Gumpralt. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 53. No. 1 u. 2.) Beobachtungen lehren, dafs die roten Blutkörperchen unter Veränderung des Protoplasmas bei bestimmten Bedingungen amöboide Fortsätze aussenden, dadurch die verschiedensten Formen annehmen. Die Fortsätze ziehen sich zu hämoglobinhaltigen Kugeln zusammen, welche von der Mutterzelle sich vollkommen ablösen können. Diese Fragmentation entsteht durch Einwirkung hoher Temperaturen, Druck, Gerinnung, anhaltendes Zentrifugieren etc., wie Verfasser genauer ausführt.

Von besonderem praktischen Interesse aber ist die Beobachtung, dafs die in nephritischen Sedimenten vorhandenen roten Blutkörperchen Fragmentationen zeigen, man diese aber nicht bei Blasenblutungen findet. Als Grund hierfür liegt es nahe, die Einwirkung des Harnstoffes anzunehmen. Durch längeren Kontakt mit 3%iger Harnstofflösung gelingt es aber nicht, die Fragmentation der roten Blutkörperchen zu erzeugen. Es ist deshalb anzunehmen, dafs die Berührung des extravasierten Blutes mit den harnstoffbeladenen Epithelien nötig ist, damit diese Erscheinung eintritt. Verfasser fafst seine Ansichten in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die als Poikilocytose, Fragmentation und Mikrocytose verlaufende Degeneration der roten Blutkörperchen kommt bei den verschiedensten Tierspezies und unter dem Einflusse verschiedenster Agentien zu stande.

2. Die im ersten Stadium dieses Vorganges auftretende amöboide Beweglichkeit der roten Blutkörperchen bedeutet keine Kontraktilität, sondern weicht in wesentlichen Punkten von vitalen Prozessen ab.

3. Die Fragmentation der Blutscheiben tritt insbesondere durch Einwirkung konzentrierter Lösungen bis zu 8% herunter ein. Eine solche Einwirkung wird wahrscheinlich durch den Harnstoffgehalt der Nierenepithelien auf das in der Niere extravasierte Blut ausgeübt.

4. Eine Reihe von klinischen Fällen im Verein mit Tierexperimenten spricht dafür, dafs renale Hämaturien durch das Auftreten der Blutkörperchenfragmentationen im Urin von Blasenblutungen klinisch zu unterscheiden sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über paroxysmale Hämoglobinurie sprach Chwostek in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. (Sitzung vom 8. Juni 1894.) Bei Individuen, die an Hämoglobinurie leiden, tritt meist nach Einwirkung von Kälte ein Anfall auf: intensive Färbung der Extremitäten, kalte Hände, Runzelung der Haut, verfallenes Aussehen, anhaltender Frost, Temperatursteigerung, Albuminurie. Erst später tritt roter Harn auf, der ca. 24 Stunden die Farbe behält, während die Allgemeinerscheinungen schnell zurückgehen. Zuweilen sind letztere minimal. Subnormale Temperatur ist auch beobachtet. Durch Eintauchen der Hände in kaltes Wasser kann man oft künstlich die Anfälle auslösen. Dieselbe treten manchmal auch ohne Kältewirkung während der Menses oder nach längeren Spaziergängen auf. Die Auffassung des Leidens ist eine sehr verschiedene; die einen betrachten es als Intermittens, andere führen es auf Nierenveränderungen zurück, die nervösen Erscheinungen als urämische auffassend, andere nehmen verminderte Widerstandsfähigkeit des Blutes gegen Kälte an, andere als

vasomotorische Störung. Es soll Kontraktion der peripheren Gefäfse, Hyperämie der Niere, Milz und Leber eintreten. Toxische Körper sind als Urheber der Affektion beschuldigt. Auf Grund sorgsamer Beobachtung eines Falles kommt Verfasser zu folgenden Anschauungen:

Verminderte Widerstandsfähigkeit des Blutes gegen Kälte ist nicht nachweisbar, wohl aber gegen mechanische Einflüsse; Auflösung der roten Blutkörperchen tritt ein bei Abschnürung eines Fingers durch Cirkulationsstörung.

Vasomotorische Einflüsse müssen vorhanden sein; mittelst Amylnitrit gelingt es, die Anfälle zu coupieren oder wenigstens zu beschränken. Künstlich hervorgerufene Gefäfskrämpfe beim Tiere bewirken analoge Veränderungen des Blutes. Die Wirksamkeit des Amylnitrits spricht schon dafür, dafs nicht Gefäfsverengerung, Blutleere, sondern Blutüberfüllung ein wichtiges Moment ist. Die Allgemeinerscheinungen sind durch das freiwerdende Hämoglobin bedingt; etwaige subnormale Temperatur ist ein Ausdruck akuter Anämie. Die Destruktion der Blutkörperchen findet auch in den anderen inneren Organen, in Haut und in den Gefäfsen, nicht nur in den Nieren, statt. Das Leiden hat viel Ähnlichkeit mit der transitorischen Albuminurie.

Wo Gehen die Anfälle auslöst, müssen Lageveränderungen die Cirkulationsstörungen bedingen. Es besteht eine erhöhte Erregbarkeit des vasomotorischen Zentrums.

Da die paroxysmale Hämoglobinurie besonders bei Lues und bei älteren Leuten auftritt, sind vielleicht pathologische Vorgänge in den Endausbreitungen der Gefäfse dabei von Wichtigkeit, wie sie sowohl Lues, wie Arteriosklerose auslösen können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Pathogenese der Urobilinurie, von A. Riva. (*Policlinico.* 1894. No. 14.) Nach den Untersuchungen Rivas stammt der gröfste Teil des Urobilins und Bilinogens aus dem Darme; von besonderen, noch nicht definierten Bedingungen der biochemischen Leberthätigkeit hängt es ab, ob sich im Darme eine spärliche, bedeutende, oder übermäfsige Menge des Chromo- oder Leukoproduktes bildet (hepato-intestinale Theorie). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über ein Verfahren, den Gallenfarbstoff im Harne annähernd quantitativ zu bestimmen, von Adolf Jolles. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 20.) Die quantitative Bestimmung beruht auf der Oxydation des Bilirubins durch verdünnte alkoholische Jodlösung zu Biliverdin, die sich bei der Galle und dem gallenhaltigen Harne durch unmittelbare Titration ausführen und quantitativ bestimmen läfst. Verfasser sondert die Gallenfarbstoffe aus dem zu filtrierenden, klaren Harne ab durch eine Kombination von Fällung und Extraktion und schildert das Verfahren. Um die Chloroformschicht bei der Extraktion des Farbstoffes durch Chloroform vom Harne scharf zu trennen, giebt er einen besonderen Schüttelcylinder an. Den erhaltenen Chloroformauszug unterwirft er in einem Erlenmeyerschen Kölbchen der Einwirkung der ganz verdünnten Jodlösung, bis bei Zusatz von 2,0 frischer Stärkelösung die Chloroformlösung nur einen leichten blauen Stich zeigt. Der Jodüberschufs wird durch eine Lösung von unterschwefligsaurem Natron (2,48 : 1 Liter) paralysiert. Es entspricht 1 ccm der $^1/_{100}$ normalen alkoholischen Jodlösung, 0,00127 Jod = 0,00144 Bilirubin, dessen Menge dadurch bestimmt werden kann. Die Methode ist nicht absolut chemisch genau, genügt aber für annähernd quantitative Bestimmung des Gallenfarbstoffes, wie Verfasser an der Hand eines Falles beweist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hämatoporphyrin im Harn nach Trional, von Ernst Schulze. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 2.) Von den Nebenwirkungen des Sulfonals war das Auftreten von Hämatoporphyrin im Harne die wichtigste und bedenklichste. Deshalb griff

man bald gern zu dem auch sehr wirksamen Trional, einem Sulfonkörper mit der Äthylgruppe statt der Methylgruppe des Sulfonals. Jüngst hat Verfasser nun folgenden Fall beobachtet: Eine melancholische Dame erhielt von Mitte Dezember bis Mitte Januar abends 0,5—1,5 Trional wegen Schlafwirkungen. Im ganzen hatte sie 24,0—25,0 bekommen. Dabei wurde Patientin immer elender, verweigerte die Nahrung, bis sie den 20. Januar verstarb. Wenige Tage vorher war die Farbe des Harns aufgefallen; derselbe war in dicker Schicht bei auffallendem Lichte dunkelrot, fast schwarz, in dünner Schicht bei durchfallendem Lichte schmierig braunrot; mikroskopisch sind nur auffallend die Plattenepithelien mit braunrotem Kern. Bei Zusatz von Salzsäure nahm die Farbe einen Stich ins Violette an, von Ammoniak wurde der Harn gelbrot; nach Kochen mit Salpetersäure blafst die Farbe ab. Die weitere Untersuchung erwies, dafs Hämatoporphyrin die Ursache der Farbe war. Es durfte kein Zweifel sein, dafs das eine sehr ernste Erscheinung ist. Salkowski hat gezeigt, dafs von sechs Fällen drei starben, und bei einem Falle täglich $^1/_{33}$ der Hämoglobinmenge ohne Ersatz zu Grunde geht. Allerdings ist auch Ausscheidung von Hämatoporphyrin von Sobernheim bei einem Knaben ohne Darreichung eines Medikamentes beobachtet, die jahrelang ohne Störung bestand; dennoch ist diese Nebenwirkung des Trionals als eine sehr deletäre anzusehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Hämatoporphyrinurie und deren Behandlung, von Prof. Franz Müller. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1894. No. 14.) Das so wirksame Sulfonal ist (wie das Trional) zum Glück nur selten ein todbringendes Gift, und zwar besonders bei chronischer Intoxikation. Zerstörung der Blutkörperchen, Ausscheidung von eisenfreiem Hämatin (Hämatoporphyrin) mit Purpurfärbung des Harnes bewirken in höheren Graden trotz Aussetzen des Medikamentes den sicheren Tod. In der Regel, vielleicht ausnahmslos, gehen die cephalischen Sulfonalintoxikationssymptome, wie Schwindel, taumelnder Gang, Gedächtnisschwäche, Somnolenz, Astasie, Abasie, Atoxie, depressive Gemütsstimmung, zuweilen mit paroxystischen Erregungszuständen, Silbenstolpern, Tremor linguae, allgemeiner Mattigkeit etc. voraus. Dazu gesellen sich eine sehr hartnäckige Obstipation mit kolikartigen Schmerzen, episodischem Erbrechen, Oligurie, quälender Durst, Trockenheit des Mundes, zunehmende Anämie, klebrige Schweifse an den kalten Extremitäten. Die Porphyrfärbung des Harns macht sich frühzeitig durch rötlichbraune bis dunkelbraune Flecke mit auffallendem, ins Violette schimmerndem, schmalem Rande in der aus Pflanzenfasern bestehenden Wäsche bemerkbar. Der stark saure Harn wird in kleinen Mengen entleert, zeigt einen charakteristischen Absorptionsstreifen im Spektrum. Die Patienten werden bettlägerig, zeigen das Bild der Herzschwäche; Sprachstörung, Somnolenz. In einem Falle des Verfassers zeigte der Harn bei einem Hämoglobingehalt des Blutes von 45% ein spez. Gew. von 1020—1024, war stark sauer. Letzterer Umstand führte Verfasser, als jede andere Therapie versagte, zu einer Anwendung von Alkalien; er gab 5—8 gr Natrium bicarbonicum und 1,0 Magnesium carbonicum in Pulvern und als Mineralwasser (Giefshübler und Preblauer). Vom vierten Tage wurde der Harn neutral resp. leicht alkalisch, gleichzeitig heller und nahm an Menge zu. Als nach drei Wochen die Alkalien ausgesetzt wurden, trat aber die Purpurfarbe wieder auf, weshalb die Therapie wieder aufgenommen und vier Monate fortgeführt wurde. Dann waren alle Symptome geschwunden, auch die zahlreich aufgetretenen Chloasmen und braunschwarzen Schleimhautpigmentflecke.

Ein zweiter, leichterer Fall, ein Mann, zeigte bei der Alkalibehandlung denselben günstigen Verlauf.

Jedenfalls empfiehlt es sich zur Verhütung von Vergiftungen Sulfonal nur

intermittierend zu geben, gleichzeitig für regelmäfsige Stuhlentleerung zu sorgen und Natrium bicarbonicum mit oder ohne alkalische Mineralwässer zu reichen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Pneumaturie, von JULIUS SCHNITZLER. (*Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 8.) Von den verschiedenen Formen von Pneumaturie wird die auf Gährungsvorgängen im Urin beruhende besprochen. Eine ganze Reihe von Arbeiten haben die Bakteriologie dieses Leidens zum Gegenstande; die Mikroorganismen, welche gefunden wurden, waren besonders das Bacterium coli, das ihm verwandte Bacterium lactis aerogenes, der Hefepilz (Torula cerevisae). Besonders hat das Verhältnis des Diabetes zur Pneumaturie Veranlassung zu Studien gegeben. Experimentell durch Kulturen Pneumaturie zu erzeugen, ist nur einmal FAVRE gelungen; sonst entstand stets nur eine Cystitis. Verfasser erzielte nun positive Resultate durch Injektion des Bacterium coli in die Blase, sobald er das Kaninchen durch Phloridzin diabetisch machte und den Penis ligierte. Als er das erste Mal die Ligatur 24 Stunden liegen liefs, war die Blase sogar geplatzt. Bei einem Versuche entfernte er die Blase wenige Stunden nach der Injektion im Zusammenhang mit dem unterbundenen Penis und den unterbundenen Ureteren und brachte sie in steriles Öl. In diesem entwickelte sich die anfangs nur bohnengrofse Gasblase so weit, dafs die Blase an die Oberfläche der Ölschicht gehoben wurde. In allen Versuchen stellte Verfasser fest, dafs in der gashaltigen Blase nur das Bacterium coli zu finden war. Stets war noch reichlich Zucker im Urin nachweisbar, also nur ein Teil zur Gasbildung verbraucht.

Nach Abschlufs dieser Versuche beobachtete Verfasser folgenden Fall: Eine 46jährige Patientin bemerkte im Herbst 1893 zuerst die Entleerung von Gas am Schlusse des Urinierens. Später gesellte sich Erschwerung der Harnentleerung, Tenesmus, Blutharnen dazu. Ausbleiben der Menses seit vier Monaten (Gravidität?); Obstipation. Bei der Untersuchung fand man die Blase zu einem grofsen, gashaltigen Tumor aufgetrieben, der Urin war trübe, nicht ammoniakalisch, sauer, nicht zuckerhaltig. Konstant und ausschliefslich wurde im Urin das Bacterium coli commune gefunden, vielleicht ist es auch das Bacterium lactis aerogenes, das mit dem Bacterium coli commune nahe verwandt ist. Sehr ähnlich erschien der Bacillus auch dem FRIEDLÄNDERschen. Der gefundene Bacillus erwies sich für Kaninchen als sehr virulent. Gasentwickelung in der Blase liefs sich aber auch mit der Kultur dieses Bacillus nur erzielen, wenn der Urin zuckerhaltig war. Da nun die Patientin niemals Zucker im Urin hatte, bleibt immer noch der Gegensatz zwischen klinischem Befunde am Menschen und Experiment am Tier unerklärt. Da die Patientin vor dem Auftreten der Pneumaturie niemals katheterisiert war, ist das Hineingelangen des Darmbacillus in die Blase schwer zu erklären. Verfasser meint, dafs die Überwanderung durch Vermittelung der Blutbahn erfolgt ist. (Anderweitige Experimente haben bewiesen, dafs auch eine direkte Überwanderung von Bakterien vom Darme nach der Blase durch die Wandungen möglich ist. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Impotenz des Weibes, von VODELER. (*Norsk Magasin för Lægevidenskaben.* L. V. 3. S. 183—196.) Eine Form der weiblichen Impotenz wird von den Lehrbüchern nur sehr stiefmütterlich behandelt; es ist dies die Impotentia voluptatis percipiendi, die ihren Sitz im Gehirn hat. Das Fehlen der Geschlechtslust ist selten angeboren, findet sich aber bei Neurasthenie und Hysterie sehr häufig. Jede starke Inanspruchnahme des Gehirns, unter der die Stimmung leidet, beeinflufst auch die Geschlechtslust; letztere geht bei sitzender Lebensweise, bei Fettsucht, bei Übernährung verloren. Der Mangel an Geschlechtslust beim Weibe hat vor allem eine zentrale Ursache: es fehlt die Zuneigung zum anderen Geschlecht. Schmerz in den

Genitalien, geschlechtliche Ausschweifung u. s. w. können auch die Ursache sein. Für die Behandlung empfiehlt sich am besten völlige Enthaltung und Vermeidung alles dessen, was den Geschlechtssinn reizen könnte. *Türkheim-Hamburg.*

Über die sog. Karunkel der weiblichen Harnröhre, von J. Neuberger. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 20.) Verfasser hat zwölf Fälle von sog. Karunkeln oder vaskulären Polypen der weiblichen Urethra klinisch verfolgt, exstirpiert und histologisch untersucht. Die Formen waren makroskopisch aufserordentlich verschieden, bald waren es kleine, erbsen- bis bohnengrofse, intensiv rot gefärbte, breitbasig oder gestielt aufsitzende, bei Berührung oft leicht blutende Tumoren, seltener gröfsere, selbst taubeneigrofse, unebene, mehr graugelblich gefärbte und dadurch mit der Urethralschleimhaut kontrastierende Tumoren. Ihr Ursprung war bis auf einen Fall die untere Harnröhrenwand. Gewöhnlich safsen sie einzeln, waren aber manchmal stark gelappt. Die Benennung in der Litteratur ist eine sehr verschiedene. Die Karunkel finden sich vorzugsweise bei mit Blennorrhoe behafteten Personen; jedoch kann dieselbe auch fehlen. Entzündungen, Rhagaden, Geschwüre werden am Orificium urethrae gefunden; es können die Karunkel auch direkt auf dem Boden dieser Geschwüre aufwuchern. Einmal täuschte eine starke Induration einen malignen Tumor vor, ein anderes Mal war die untere Harnröhrenschleimhaut, welche mit einer grofsen Karunkel bedeckt war, abgerissen und nach dem Introitus vaginae verschoben. Die Littreschen (Skeneschen) Drüsen bilden auch einen Ausgangspunkt der Karunkel nach vorheriger Cystenbildung (Englisch) oder nach blennorrhoischer Infektion.

Die Karunkel machen klinisch keine charakteristischen Symptome, trotzdem sie recht häufig zu sein scheinen. Es überwog das Alter von 20—25 Jahren; zwei Fälle betrafen aber sehr alte Frauen.

Bei der Diagnose sind abzutrennen die Falten, welche auf der unteren Harnröhrenwand normal vorhanden sind; es sind deren gewöhnlich zwei; zuweilen sieht man an der oberen Harnröhrenwand noch eine dritte. Bei sehr starker Entwickelung können diese Spalten Karunkeln ähneln. Die spitzen Kondylome sind oft schwer abzugrenzen; sie sind meist multipel, zungenförmig, mit kleinen spitzen Exkrescenzen versehen und auch an anderen Stellen der Vulva vorhanden. Urethralcysten, Harnröhrenhämorrhoiden, Fibrome und besonders Prolaps der Harnröhrenschleimhaut müssen auch ausgeschlossen werden.

Die histologische Untersuchung ergiebt: Die Tumoren bestehen aus einem an fixen Zellen armen, lockeren Bindegewebe, welches durchsetzt ist von oft sehr stark erweiterten, zuweilen geradezu kavernösen Gefäfsen, die im Zustande hochgradiger Entzündung sich befinden. Ihr Lumen ist vollgestopft mit mono- und polynukleären Zellen, die Zellen der Adventitia geschwollen, die Gefäfswand verdickt. Umgeben werden die Gefäfse von einer mehr oder weniger breiten Infiltration von typischen Plasmazellen, die sich auch sonst reichlich vorfinden und gegenüber den Bindegewebszellen stark überwiegen. Rundzellenhaufen findet man vereinzelt. Das Epithel war meist ein mehrschichtiges Plattenepithel; an einigen fand sich eine dicke Hornschicht, einmal sogar ein Stratum granulosum. Einzelne Karunkeln hatten Krustenbelag. Das Epithel zeigte stellenweise eine Durchwanderung von ungemein zahlreichen Leukocyten; auch Kernteilungsfiguren liefsen sich in den tiefen Schichten nachweisen; besondere Entwickelung der Papillen, resp. aktives Epithelwachstum war nur in wenigen Fällen nachweisbar. Glatte Muskelfasern waren nur einmal in reicherem Mafse zu finden, elastische Fasern wenig, Nervenfasern gar nicht. Manche Karunkel hatten Drüsen, an deren äufserster Zellenschicht sehr viele Mastzellen vorhanden waren, die oft auch nach höheren Zellenlagen durchwanderten. Mastzellen waren in

gröfserer Anzahl auch im Lumen der entzündeten Gefäfse vorhanden, ein sehr auffallender Befund. Noch auffallender war der Befund von Gonokokken im Lumen der Drüsen oder auf den sie auskleidenden Zellen. Auch auf der Oberfläche des Epithels der Karunkel waren sie zu finden. Daraus folgt, dafs die Heilung einer Blennorrhoe, wo Karunkel vorhanden sind, die Entfernung dieser verlangt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das Vorkommen von Mikrobien in der normalen Urethra des Weibes, von Dr. v. Gawronsky. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 11.) Mit Rücksicht auf die Ätiologie der Cystitis untersuchte G. 62 Frauen, bei welchen sich keine Symptome einer Erkrankung der Harnröhre oder Blase fanden. Unter sorgfältigsten aseptischen und antiseptischen Mafsnahmen wurde mittelst eines Glas-Speculums 1—1½ cm weit vom Orificium urethrae externum aus Sekret entnommen. Mit diesem wurden Gelatinstich- und Plattenkulturen und Agarstrichkulturen angelegt. Bei positivem Resultat der Züchtungsversuche wurden Reinkulturen der verschiedenen Kolonien in Agar und Bouillon weiter durchgeführt. Es ergab sich: Unter 62 Fällen war das Resultat in 15 Fällen (24%) ein positives, d. h. es fanden sich Bakterien. Diese Fälle und auch die mit negativem Resultat werden tabellarisch aufgeführt. Unter diesen 15 Fällen fanden sich: dreimal Streptococcus pyogenes, achtmal Staphylococcus pyogenes aureus, einmal Staphylococcus pyogenes albus, zweimal Bakterium coli commune, einmal Bacterium tholoeidium Gessner. Es ergiebt sich daraus eine neue Bestätigung der Ansicht, dafs Cystitis durch Bakterien erzeugt werden kann, welche in der Urethra waren. Besonders bemerkenswert ist das Auffinden des Bacterium coli commune in zwei Fällen; wahrscheinlich hat Reymond recht, dafs diese Bakterienart spontan aus der Urethra in die Blase gelangen kann.

Auffallend ist, dafs sich unter den Fällen mit positivem Ergebnisse fast nur pathogene Bakterien (14 Mal) fanden und nur einmal eine nichtpathogene Art. Zu den pathogenen mufs unbedingt auch das Bacterium coli commune gerechnet werden.

Neuhaus-München.

In der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft in London berichtete Briant über einen Fall von **Prolaps der Urethra bei einem sechsjährigen Mädchen.** Dasselbe hatte wiederholt an irritativen Erscheinungen der Genitalien gelitten, wobei sich zuweilen blutig gefärbter Schleim aus der Vulva entleerte. Bei der Untersuchung während eines solchen Anfalles ragte die invertierte, über zolllange, verdickte, gerötete und leicht blutende Urethra zwischen den Labien hervor. Reduktion in Narkose; Heilung. Einen ähnlichen Fall erwähnt Croft. Nach Harrisons Angabe wurde eine solche protrahierte Urethra für einen Polyp gehalten; der Irrtum wurde jedoch noch rechtzeitig erkannt. (*Rif. med.* 1894. No. 118.)

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXI. No. 4. 15. August 1895.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Zur Histologie des Milzbrandödems.

Von

Dr. Louis Hammerschlag-Scherfede.

(Mit Tafel I.)

Von den Infektionskrankheiten ist der Milzbrand schon deshalb von besonderem Interesse, weil hier zuerst Mikroorganismen als die Krankheit verursachend nachgewiesen sind. Pollander war es, der im Jahre 1849 im Blute milzbrandkranker Rinder eine Menge feinster stäbchenförmiger Körnchen fand, die allerdings ihrer Unbeweglichkeit wegen zuerst für Krystalle gehalten wurden. Seitdem zu dem steten Befunde derselben im milzbrandkranken Tier das Tierexperiment getreten und Überimpfung und Kultur gelungen sind, zweifelt niemand mehr daran, dafs der immer vorhandene Gast zu den Mikroorganismen gehört und der Erreger der Milzbrandkrankheit ist.

Die Krankheit tritt als äufserer und innerer Milzbrand auf; den Dermatologen interessiert insbesondere der äufsere, d. h. der auf der Haut lokalisierte Milzbrand. Er kann sich hier in zwei verschiedenen Formen präsentieren.

Die bekannteste Form, die Pustula maligna, die Milzbrandpustel, geht hervor, wenn ich der Beschreibung folge, die Bollinger in *Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie* giebt, aus einem kleinen, roten, flohstichähnlichen Fleck mit zentralem, schwarzem Punkt. Dieser verwandelt sich rasch in ein mehr weniger juckendes Knötchen, auf dessen Kuppe eine kleine, klare, rötliche oder bläuliche, allmählich sich vergröfsernde Blase sitzt. Wenn dieselbe platzt oder, was zumeist der Fall ist, zerkratzt wird, zeigt sich eine dunkelrote Fläche, die später eintrocknet und sich mit lividem Schorf bedeckt. In der Umgebung desselben entsteht nun dadurch, dafs die Haut anschwillt, ein roter oder violetter Hof und um diesen ein gelblicher Ring, auf dem hanfkorngrofse Bläschen entstehen. Inzwischen ist der Hof, der anfangs nur oberflächlich war, in die Tiefe gedrungen;

an der Oberfläche hart, wird er nach unten hin weicher und geht schliefslich in eine gelbe, sulzige Masse über.

Die an den eben beschriebenen Bläschenring, welcher aus zwei bis drei umeinander gelagerten Reihen von Bläschen bestehen kann, angrenzenden Hautpartien zeigen, wenn die Krankheit weiter fortschreitet, Induration und ödematöse Schwellung. Der Eintritt dieses Bildes macht die Prognose weniger günstig, um so mehr, als mit dem Auftreten des Ödems sich Allgemeinerscheinungen einstellen. Das Ödem kann grofse Dimensionen annehmen, das Ödem in der Halsgegend sogar, wie in unserem später zu erwähnenden Falle durch Übergreifen auf den Larynx den Tod durch Erstickung herbeiführen.

Die zweite, viel seltener beobachtete Form des Hautmilzbrandes tritt von vornherein unter dem Bilde des Ödems auf, es fehlt also ein charakteristischer Initialaffekt. Die Kenntnis des primären Milzbrandödems verdanken wir Bourgeois, der sich überhaupt um die Erforschung dieser Infektionskrankheit sehr verdient gemacht hat. Bourgeois beschrieb unter dem Namen Oedème charbonneuse des paupières dieses Ödem zuerst an den Augenlidern, wo es sich als blasse, gelbliche oder grünliche Anschwellung erweist. Eine eingehendere Beschreibung giebt Koranyi in *Pitha-Billroths chirurgischem Handbuch.* Bald nachdem sich Jucken am oberen Augenlid eingestellt hat, erscheint eine weiche, blasse, ödematöse Anschwellung, die schnell wächst und sich auf das untere Augenlid erstreckt. Später können auch Blasen- und Schorfbildung hinzutreten, und ist dieses Ödem dann nicht mehr von demjenigen, welches die Pustula maligna begleitet, zu unterscheiden. Nur das Fehlen einer primären Pustel und die an ihr selbst und in ihrer Umgebung sich abspielenden Umwandlungen berechtigen zur Diagnose „primäres Milzbrandödem". Bourgeois und nach ihm andere beobachteten und beschrieben das primäre Milzbrandödem auch an anderen Körperstellen. Virchow beschrieb diese Form unter dem Namen des diffusen oder erysipelatösen Anthraxkarbunkels.

Prognostisch sollen diese Fälle ungünstig sein; jedenfalls kann man nicht, wie bei der gut abgegrenzten Pustula maligna, die Eintrittsstelle des Virus chirurgisch entfernen. Auf das Gebiet der Therapie will ich mich nicht wagen, ich will nur hindeuten auf die Arbeit von Kurt Müller (*Deutsche medizinische Wochenschrift.* 1894), der auf Grund an der Hallenser chirurgischen Klinik unter von Bramann gesammelter Fälle sogar bei der Milzbrandpustel jeden chirurgischen Eingriff verwirft.

Erwähnen mufs ich noch, dafs es auch beim inneren, dem abdominalen Milzbrand zur Bildung von kleinen Karbunkeln, diffusen Phlegmonen und zur Gangrän kommen kann. Da sich solche Erscheinungen auf der Körperdecke als Metastasen auch bei anderen Allgemeininfektions-

krankheiten bilden, so berechtigen sie nicht zur Aufstellung einer dritten Form des Hautmilzbrandes.

Nachdem ich so das makroskopische Verhalten des Hautmilzbrandes unter Übergehung verschiedener Varietäten, die gelegentlich auftreten können, skizziert habe, will ich die Hauptmerkmale des histologischen Bildes vorführen, indem ich die betreffende Stelle aus *Zieglers Lehrbuch* wiedergebe: „Im Gebiete der Milzbrandpustel sind das Corium und der Papillarkörper von Bacillen, zellig-serösem und blutigem Exsudat durchsetzt, wobei das flüssige, mit Blut und Bacillen vermischte Exsudat namentlich im Papillarkörper sitzt, nach Verlust der Epitheldecke an die Oberfläche aussickert, während die tieferen Schichten von Zellen dicht durchsetzt sind. Kommt es in der Epitheldecke zur Verflüssigung und Abhebung des Epithels, so entstehen mit blutiger Flüssigkeit gefüllte Blasen."

Das zellige Infiltrat macht in seiner Mächtigkeit (Ziegler) den Eindruck, als ob es einen schützenden Wall gegen das Vordringen der Milzbrandbacillen bilden könne. Unna kann sich dem nicht anschliefsen: „Von einem die Ausbreitung der Milzbrandbacillen verhindernden Leukocytenwall kann ebensowenig die Rede sein, wie von einer prinzipiellen Aufnahme der Bacillen durch Leukocyten". Auch Ziegler und Baumgarten haben nirgends das Vorhandensein von lebenskräftigen Bacillen in den Zellen konstatieren können und negieren somit Metschnikoffs Phagocytenlehre, alle Untersucher haben vielmehr die Milzbrandbacillen in der Pustel stets zwischen den Zellen, nie in ihnen liegend vorgefunden.

Zu Gunsten der Ansicht von Metschnikoff spricht ein Fall, der unter Virchows Auspizien von Franz Ritter in einer Dissertation (Berlin 1872) beschrieben ist und von Bollinger citiert wird: „Alle äufseren Teile der am zwölften Tage nach Entstehen excidierten Pustel waren mit Bacillen durchsetzt, sie fanden sich überall in den zelligen Elementen, an der Oberfläche und den Haarbälgen, in den Zellen des Rete Malpighi, in dem Bindegewebe, in den spindelförmigen Zellen, die stark vergröfsert und im Innern ganz dicht mit Bakterien gefüllt waren."

Über das beim Milzbrand vorhandene Ödem liegen keine genauen histologischen Befunde vor; Herr Dr. Unna veranlafste mich deshalb, an der Hand eines aus der ödematösen Umgebung einer Pustel ausgeschnittenen Hautstückes dieses näher zu untersuchen.

Das vorliegende Hautstück entstammt der Kopfhaut eines 27jährigen Lederarbeiters, der bereits mit einer ausgebildeten Pustel ins Eppendorfer Krankenhaus kam. Die Pustel, die an der Seite des Halses safs, wurde excidiert; aber es kam zu einem starken Ödem, welches sich schliefslich über den Larynx erstreckte und nach zwei Tagen den Tod durch Erstickung herbeiführte.

Gerade bei Lederarbeitern ist die Hals- und untere Gesichtspartie die hauptsächlichste Eintrittsstelle für den Milzbranderreger. Beim Auf- und Abladen der Häute nehmen die Arbeiter dieselben auf die Schulter, wobei leicht ein Scheuern der eben erwähnten Teile stattfindet. Sind nun unter den Fellen solche von an Milzbrand zu Grunde gegangenen Tieren, so gelangen Bacillen in die lädierte Stelle, vermehren sich und rufen die oben beschriebenen Veränderungen hervor.

Das hochgradige Ödem in den Schnitten dokumentiert sich auf den ersten Blick durch die grofsen Lymphspalten und erweiterten Lymphgefäfse, welche sich in der Cutis vorfinden. Es ist unter der Einwirkung der Milzbrandbacillen zu einer starken Exsudation aus den Gefäfsen gekommen. Der Austritt von weifsen Blutkörperchen ist unbedeutend, es finden sich nur wenige derselben aufserhalb der Gefäfse, die Entzündung trägt durchaus nicht eiterigen Charakter. Indes ist die exsudierte Flüssigkeit nicht rein seröser Natur, sie enthält vielmehr korpuskuläre Elemente eingelagert, die sich vermittelst der polychromen Methylenblau-Tanninmethode, d. h. Färbung mit polychromem Methylenblau und nachheriger Fixierung und Entfärbung durch konzentrierte wässerige Tanninlösung gut färben lassen. Es sind Gerinnungsprodukte von Eiweifskörpern, die nach ihrer leichten Färbbarkeit mit der eben erwähnten Methode als körnige Fibrinniederschläge zu deuten sind. Solche Niederschläge finden sich an der Grenze von Cutis und Epidermis in grofsen Lymphseen, welche sich die ödematöse Flüssigkeit hier geschaffen hat. Die Epithelleisten, welche in diese Lymphseen hineinragen, sehen wie angenagt aus, die Lymphe hat sich zwischen den Zellen der Stachelschicht einen Weg gebahnt, ihr Gefüge gelockert, die untersten Schichten in einen körnigen Detritus verwandelt, der nur teilweise noch mit den Zellen der höheren Stachelzellenlage zusammenhängt und so den Ursprung aus ihnen dokumentiert, zum gröfseren Teil aber zu Boden gesunken ist und dort liegt, wo der Lymphraum die Cutis berührt. Die Abbröckelung der unteren Schicht der Epithelleisten als postmortale Fäulniserscheinung aufzufassen, was vielleicht nahe läge, läfst sich ebensowenig rechtfertigen, wie die Abhebung der Epidermis durch gröfsere Lymphräume so zu erklären, denn beide Erscheinungen korrespondieren miteinander, sind begleitet von sicher während des Lebens entstandenen Niederschlägen und sind örtlich beschränkt auf die äufsersten am tiefsten eindringenden Kanten der Leisten. Auch spricht das Vordringen der ödematösen Flüssigkeit in die noch erhaltenen Epithellagen dafür, dafs der Destruktionsprozefs kein postmortaler, sondern der Einwirkung des Ödems zuzuschreiben ist.

Was die epithelialen Gebilde der Cutis betrifft, so finde ich nur die Epithelien der Knäueldrüsen gequollen.

Gehe ich nun zur Beschreibung der Cutis über, so hat natürlich das

kollagene Gewebe gelitten. Durch den Druck der gegen die Norm stark vermehrten Flüssigkeit, für welche die normalen Lymphwege nicht ausreichten, ist sein Gefüge gelockert, es ist in feinere Bündel und einzelne Fasern aufgelöst. In gröfseren Lymphseen begegnet man völlig losgelösten Bündeln, die beträchtlich aufgequollen sind. Die Lymphwege der Papillen sind nur wenig vergröfsert.

Was das elastische Gewebe betrifft, so ist dasselbe in den Papillen sehr gut erhalten und wird durch die TAENZER-UNNAsche Orceinmethode schön dargestellt. Ich bediente mich zumeist der vereinfachten Methode, wie sie UNNA in seinem Aufsatze: „*Über Elastin und Elacin*", (diese Zeitschrift. 1894) angegeben hat. Die Schnitte werden in einer Lösung von Orcein 1,0, Acid. hydrochlor. 1,0, Alcohol. absol. 100 circa zehn Minuten lang langsam erwärmt; darauf kommen sie in salzsauren Alkohol und können, nachdem sie durch tüchtiges Abspülen in 80%igem Alkohol von der Salzsäure befreit sind, anderweitig nachgefärbt werden.

In den vom Ödem befallenen Partien hat das elastische Gewebe nun die Umwandlung erlitten, welche UNNA als Elacin beschreibt. Bekanntlich definiert UNNA das Elacin als derartig modificiertes Elastin, dafs es elastischen Fasern äufserlich ähnlich sieht, chemisch aber derart verändert ist, dafs es basische Farbstoffe aus alkalischen Lösungen anzieht. Wenn ich die Schnitte mit saurem Orcein vorfärbe, mit polychromem Methylenblau und Tannin nachbehandle, finde ich einerseits den elastischen, in ihrem Verlaufe durchaus ähnliche Fasern, andererseits sieht man sehr häufig Fasern, die teils das braune Orcein, teils das durch die Tanninbeize fixierte Methylenblau und somit den Übergang der einen in die andere, pathologische Substanz zeigen. Diese Elacinfasern sind nicht so zart und abgerundet, in ihrem Verlaufe nicht so fein geschlängelt, als die elastischen Fasern. Wiederholen will ich, dafs das in den Papillen vorhandene elastische Gewebe reine Orceinfärbung zeigt.

Die im Vergleich zum Elastin verminderte Acidophilie des Elacins zeigt sich auch darin, dafs es sich durch neutrales Orcein darstellen läfst. Das Elacin tritt nämlich in so gefärbten Präparaten, z. B. bei der Methylenblau- und Orceinmethode, dunkelbraun aus dem nur schwach braun angefärbten kollagenen Gewebe hervor.

Übrigens erscheint das Elacin noch bei vielen die Bacillen ebenfalls darstellenden Methoden, indem es, wie diese, die basischen Farben anzieht. Schön rot erscheint das Elacin in den Schnitten, die mit Karbolfuchsin vorgefärbt und darauf mit Tanninzusammensetzungen, wie Wasserblau-Tannin oder Tannin-Orange, behandelt sind; blau bis violett bei Vorfärbung mit polychromem Methylenblau und Nachbehandlung mit Orange-Tannin oder Säurefuchsin-Tannin.

Diese Umwandlung des Elastins in Elacin scheint mir besonders

da hervorzutreten, wo sich gröfsere Lymphspalten befinden, wo also das kollagene Gewebe verdrängt ist; das widerstandsfähigere Elastin ist durch den Prozefs, der sich in der Haut abgespielt hat, nur qualitativ verändert worden, indem hauptsächlich seine chemischen Affinitäten andere geworden sind: es ist Elacin geworden.

Das Vorkommen desselben an den ödemreichsten Stellen andererseits, das Nichtvorhandensein im ganzen Papillarteil entkräften den Einwand, den ich mir hier machen mufste, dafs es sich vielleicht um jene Elacinbildung handle, welche bei Menschen mit verwitterten Häuten vorkommt und die bisher als senile Degeneration beschrieben ist; von einer senilen Umwandlung des elastischen Gewebes im eigentlichen Wortsinn kann ja bei der Haut eines 27jährigen Menschen nicht die Rede sein.

Von den Gefäfsen der Cutis zeigen die Arterien keine Besonderheiten, sie sind ohne Inhalt, in ihren Wandungen nicht verändert. Anders die Venen und Lymphgefäfse: ihr Lumen ist stark vergröfsert und enthält eine Menge Blutkörperchen, die sich in manchen zu Thromben zusammengeballt finden. Es sind hauptsächlich weifse Blutkörperchen, rote erscheinen nur wenige darunter. Eine Diapedese von weifsen Blutkörperchen durch die Gefäfswandungen ist kaum angedeutet, wie ja auch im Gewebe die Leukocyten nur spärlich vorhanden sind. An keiner Stelle finden sich Bacillen in den Leukocyten der Gefäfse, sondern sie liegen unregelmäfsig zwischen ihnen zerstreut im Gefäfslumen und an einzelnen Stellen in gröfseren Haufen den Gefäfswandungen an. Dafs die Venen auch keine abgestorbene Bacillen und Trümmer von solchen in sich bergen, ist natürlich, wenn man bedenkt, dafs der Patient seinem Leiden erlegen ist, als sich die Krankheit noch im Höhestadium befand, die Bacillen also noch lebenskräftig waren.

Virchows Befund von Bacillen in Bindegewebszellen, wie er in der oben citierten Arbeit mitgeteilt ist, gilt für unsere Präparate nicht; indes war jener Fall überhaupt durch den Reichtum an Bacillen ausgezeichnet.

Doch hat uns das Durchforschen der Schnitte auf diesen Faktor hin manch anderes Interessante gezeigt: nämlich einen aufserordentlichen Formenreichtum der Bindegewebszellen.

Dieselben befinden sich im hypertrophischen Zustande: die normale Spindelzelle ist nur wenig sichtbar, die Zellen streben vielmehr der Kugelgestalt zu. Vor allem findet sich diejenige Zellform, welche Unna als Korbzellen bezeichnet hat. Es sind grofse rundliche Zellen, deren Spongioplasma in Form eines Maschennetzes, vergleichbar dem Flechtwerk eines Korbes — woher der Name —, angeordnet ist. Viele Zellen zeigen in diesem Strickwerk kleinere oder gröfsere Vakuolen; oft finden sich mehrere in einer Zelle. Solche Vakuolen können in einem Netzwerk

entstehen entweder dadurch, daſs einzelne Maschen zerreiſsen und das so entstandene Loch eine gröſsere Vakuole darstellt, oder indem sich ein Maschenraum auf Kosten vieler anderer vergröſsert und deren Inhalt aufnimmt. Welchem Vorgange gerade in einer bestimmten Zelle die Vakuolenbildung zuzuschreiben ist, dürfte wohl im einzelnen schwer zu entscheiden sein, gewiſs konkurrieren beide Möglichkeiten, wenn man bedenkt, daſs die gröſsere Quellung durch Aufnahme von mehr Gewebsflüssigkeit daran schuld ist.

Granoplasma enthalten die Korbzellen so gut wie gar nicht, und bilden sie so einen scharfen Gegensatz zu den Plasmazellen, indem das Spongioplasma, welches bei den Plasmazellen ganz verdeckt ist, hier ganz allein und noch dazu im gequollenen Zustande hervortritt. Es liegt nahe, daran zu denken, daſs die Ödemflüssigkeit das körnige Protoplasma verflüssigt hat und daſs auch daraus die voluminöse Form der Korbzellen resultiert. Plasmazellen finden sich bei solchen Prozessen, wo es nicht zu stärkerer Exsudation kommt, wie namentlich bei den Infektionskrankheiten, die zur Geschwulstbildung führen.

Das Spongioplasma der Korbzellen ließ sich gut darstellen durch die Karbolfuchsin-Wasserblau-Tanninmethode, derselben, die bei der Untersuchung auf Bacillen und Elacin gute Dienste geleitet hat. Ich will noch anführen, — und komme später darauf zurück —, daſs sich in einigen der eben beschriebenen Korbzellen um den groſsen Kern noch andere hyaline, kernartige Gebilde sich vorfanden.

Groſse Plattenzellen, teilweise noch mit einigen spindelartigen Ausstrahlungen, lassen den Übergang erkennen, wie er aus der Spindelzelle zur groſsen runden Korbzelle erfolgt ist. In den mit Karbolfuchsin-Wasserblau-Tannin behandelten Schnitten finden sich an einzelnen Stellen, namentlich am Übergange der Cutis in die Subcutis, groſse, mehr weniger rundliche hyaline Klumpen von etwas über Zellgröſse; da ich nun, wie bereits eben bemerkt, Korbzellen antraf, die in ihrem Innern hyaline Körnchen enthielten, so halte ich mich zu dem Schlusse berechtigt, daſs auch die hyalinen Klumpen aus Bindegewebszellen hervorgegangen sind. Man könnte auch an eine hyaline Umwandlung von losgelösten Schollen kollagenen Gewebes denken, doch müſsten dann unter den Klumpen auch solche von cylindrischen Formen sein und nicht nur die Kugelform prävalieren. Hyaline Bildungen finden sich nicht selten bei infektiösen Prozessen, indem dieselben nicht nur zur Exsudation, sondern auch zur Gerinnung führen.

Mastzellen finden sich recht zahlreich in der Cutis, besonders in der Umgebung der Gefäſse und der Haarbälge. Sie sind durch polychromes Methylenblau und nachherige Behandlung mit Glycerinäthermischung, ferner durch die polychrome Methylenblau- und Orceinmethode leicht

darstellbar, indem die Mastzellenkörner eine grofse Affinität zu dem in dem polychromen Methylenblau vorhandenen Methylenrot haben. Überhaupt dürfte in Bezug auf Differenzierung von Zellinhalt die polychrome Methylenblaulösung nicht bald ihresgleichen finden.

Bei starker Vergrößerung erscheinen die Mastzellen ohne scharfe Umgrenzung, die Körner liegen wie herumgestreut da, manche zeigen noch einen violetten Kern, um den sich die roten Körnchen gruppieren. Mastzellen finden sich auch, wenngleich weniger zahlreich, in dem Bindegewebe, welches die Fettzellen und die Drüsenläppchen der Schweifsdrüsen umgiebt.

Dies sind die Befunde, welche ich an meinen Präparaten gemacht habe.

Wenn ich mich nun frage, ob die oben geschilderten Veränderungen charakteristisch für das Milzbrandödem sind, mit anderen Worten, ob es gelingen würde, selbst wenn man die Milzbrandbacillen nicht nachzuweisen vermöchte, die Diagnose „Milzbrandödem" zu stellen, so mufs ich sagen, dafs solches nur in gewissen Grenzen möglich ist. Läfst sich aber die Grenze enger ziehen, so ist das für die pathologische Differentialdiagnostik immer ein Vorteil.

Lasse ich die verschiedenen Ödeme Revue passieren, so finden sich bei den einfach mechanischen Ödemen, welche entstehen, wenn dem Blutabfluf Hindernisse gesetzt sind, wie z. B. bei Herzfehlern, nie solche Massen von Korbzellen; zur Bildung dieser genügt offenbar das Ödem allein nicht, es mufs vielmehr vorher ein Entzündungs- oder Proliferationsreiz bestanden haben. Beispielsweise finde ich schön ausgeprägte Korbzellen neben vielen grofsen Spindelzellen und Plasmazellen in einem Falle von ödematösen Granulationen, d. h. in einem ödematösen Gewebe, das eine starke Zellproliferation aufweist.

Das angioneurotische Ödem, dessen Hauptrepräsentant die Urticaria ist, unterscheidet sich auch durch den Mangel an Korbzellen, sodann durch die hier beobachtete gleichmäfsige Anschwellung aller Lymphgefäfse und durch die bis in die Fibrillenbündel hinein sich erstreckende Auflockerung der gesamten Cutistextur.

Von den entzündlichen Ödemen kommen diejenigen gewifs nicht in Betracht, die von Eitererregern ausgehen, weil sich hier nirgends eine gröfsere Leukocytensammlung findet; — so kann es sich nicht um das Ödem aus der Umgebung eines Abscesses handeln, ebensowenig um das Bild einer progredienten Phlegmone oder gar eines Erysipels — es bleibt also nur die Gruppe entzündlicher Ödeme übrig, in welchen eine Eiterung keine Rolle spielt und deren hauptsächlichster Repräsentant der Milzbrand ist.

Weiter, glaube ich, kann man nach diesem einen Falle die histo-

logische Differentialdiagnose nicht treiben, es muſs sich eben bei weiteren Untersuchungen herausstellen, ob die in diesem Falle vorhandenen Hauptsymptome — das gleichmäſsig verbreitete interstitielle Ödem und die reichliche Bildung von Korbzellen — sich in allen derartigen Fällen wiederfinden. Die Untersuchungen müssen weiter darüber Aufschluſs geben, ob das andere wichtige Symptom unseres Falles, nämlich die starke Erweiterung aller Blutgefäſse und der reichliche Inhalt derselben an Milzbrandbacillen stets zum Bilde des Milzbrandödems gehört.

Diese Frage hat nicht nur ein diagnostisches, sondern auch hervorragend ätiologisches Interesse, denn mit der Beantwortung derselben hängt es zusammen, wie wir und ob wir überhaupt das klinische Symptom des Ödems von der Gegenwart der Bacillen herleiten können. Da nun das Milzbrandödem sich entweder in der Umgebung einer Pustel zeigt, in welcher, wie nachgewiesen, die Bacillen sich im Cutisgewebe selbst befinden, da weiter das primäre Milzbrandödem an Stelle einer Pustel auftreten kann, so liegt der Gedanke am nächsten, daſs das Ödem als die Folge der Weiterverbreitung der Bacillen im Cutisgewebe anzusehen ist. Durch diese Erklärung wäre die Pathogenese des Milzbrandödems leicht verständlich und dasselbe wäre pathogenetisch neben das Erisypel und die progressive Phlegmone zu stellen. Da nun aber unser Fall die Bacillen nicht im Gewebe, sondern massenhaft in den Blutgefäſsen zeigt, so entsteht die Frage, ob gerade dieser Umstand vielleicht in histologischer Beziehung das Milzbrandödem von der Milzbrandpustel unterscheidet; hierüber kann aber nur wieder die Untersuchung neuer Fälle von Milzbrandödem Aufschluſs geben.

Unter der Voraussetzung, daſs die Anwesenheit von Bacillen in den Kapillaren der Haut sich als Norm herausstellt, sei es mir erlaubt, noch einige Bemerkungen in Bezug auf die dann notwendige Erklärung der Pathogenese des Milzbrandödems zuzufügen.

Schon den ersten Beobachtern der Milzbrandkrankheit war es bekannt, daſs die Milzbrandbacillen sich kurz vor und nach dem Tode überall im Blutgefäſssystem ausbreiten; wenn dieselben also in den Kapillaren des ödematösen Hautbezirkes zu finden sind, so ist das zur Erklärung des Ödems nicht ausreichend, denn dann müſste ja das Ödem konstant an der ganzen Haut auftreten. Erst die weiteren Symptome einer überaus starken Erweiterung der Kapillaren und einer derartigen Verbreitung von Bacillen in denselben, daſs man von wahren Bacillenkolonien, die sich den Wandungen angelagert finden, sprechen kann, giebt die Basis für die Erklärung des an einer umschriebenen Stelle der Haut auftretenden Ödems ab. Hiernach wäre also anzunehmen, daſs die in der Blutbahn kreisenden Bacillen in der Umgebung der Eintrittspforte der Bacillen in die Haut deshalb einen besonders guten Nährboden in den Hautkapillaren

finden, weil diese daselbst durch das eingedrungene Gift gelähmt und erweitert sind. Es würde dann bei der allgemeinen Zunahme der Bacillen im Blute hier sekundär eine besonders rasche Vervielfältigung der Bacillen eintreten und die hiermit zusammenhängende maximale Gefäfslähmung könnte wohl sämtliche Symptome des Milzbrandödems, nämlich die Gefäfserweiterung und die entzündliche Exsudation, ausreichend erklären.

Ich betone nochmals, dafs diese Erklärung des Milzbrandödems, wie sie mir nach Untersuchung dieses Falles als ungezwungenste erscheint, zur notwendigen Voraussetzung hat, dafs in weiteren Fällen von Milzbrandödem die Bacillen sich nicht im Gewebe selbst, sondern in den stark erweiterten Kapillaren finden.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. Unna für die Anregung zu dieser Arbeit und seine gütige Unterstützung meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Erklärung der Tafel.

O = Oberhaut. *H* = Haarbalg. *V* = Venen, mit Bacillen gefüllt. *M* = Muskel. *K* = Korbzellen. *A* = Arterien.

Über die angioplastische Resorption des Epithels der äufseren Haut.

Von

Prof. C. Audry-Toulouse.

Man ist leicht geneigt anzunehmen, dafs die Struktur der Epidermis eine unveränderliche sei. Um sich aber von den bedeutenden Veränderungen zu überzeugen, welche dieselbe eingehen kann, genügt es nicht, die Untersuchung auf die Haut zu beschränken, sondern diese mufs sich auch auf die Epidermis ausdehnen, welche die ektodermalen cystischen Bildungen des Unterhautzellgewebes und anderer Regionen überziehen, seien dieselben nun acquiriert oder angeboren. Zu dieser Untersuchung bietet sich ein reichlicher Stoff: abgesehen von den Dermoidcysten, den traumatischen Cysten der Epidermis und einer grofsen Menge sog. Talgdrüsencysten bilden die vulgären Balggeschwülste des Haarbodens weiter nichts als Säcke, deren Wandung aus Epidermis besteht.

Ich werde später auf die tiefgreifenden Veränderungen der Epidermis zurückkommen, wenn sich dieselbe in abnormen Entwickelungs- und

Vitalitätsbedingungen befindet; ich will vorläufig nur auf eine besondere Art von Degeneration oder, besser gesagt, von Resorption des Epithels aufmerksam machen. Man, weifs mit welcher Kraft sich die Epithelien mit ihrer Basalmembran dem Eindringen der Gefäfse widersetzen, und es ist interessant zu sehen, durch welche komplicierten Prozesse sie angegriffen und aufgelöst werden.

Bekanntlich sind einige epidermoidale Cysten nicht vollständig geschlossen und weisen stellenweise Substanzverluste auf, auf welche FRANKE bereits 1887 hingewiesen hat.[1] Ich übergehe die Diskussion, welche bei diesem Anlasse entstanden, und erkläre blofs, dafs in der genannten Arbeit von Riesenzellen die Rede ist, welche LACROIX und ich anno 1892 erwähnten. GOLDMANN, HILDEBRAND, REINHOLD berichten über analoge Befunde, und F. KÖNIG, Assistent an der Berliner chirurgischen Klinik, hat die Veränderungen, mit denen wir uns hier beschäftigen, sorgfältig untersucht.

Obwohl ich Gelegenheit hatte, die Wandungen einer ganzen Reihe von Epidermoidalcysten zu untersuchen, so habe ich doch nur ein einziges Mal die genannten Läsionen, welche den Höhepunkt der Entwickelung erreichten, nachweisen können. Die betreffenden Untersuchungsstücke wurden mir bereitwilligst durch Herrn Dr. JEANNET zur Verfügung gestellt; es handelte sich um eine Cyste der Glabella, die als Dermoid aufgefafst worden war, sich in der Kindheit entwickelt hatte und erst exstirpiert worden war, als der Träger des Tumors sein 40. Jahr erreicht hatte.

Die Schnitte umfassen nicht die ganze Ausdehnung des Tumors, der zu voluminös gewesen wäre, um in einem Präparate eingeschlossen zu werden, sondern nur Fragmente von circa 0,015 Länge. In einigen dieser Schnitte war nur das neugebildete Gewebe sichtbar, andere liefsen die Verbindung desselben mit dem epithelialen Überzuge erkennen.[2]

Die Cystenwandung wird von einer Membran gebildet, ruht in der Tiefe auf einer Art Bindehaut und steht in Verbindung mit Bündeln gestreifter Muskelfasern, die sich von den Stirnmuskeln abzweigen. Die Bindegewebsbündel bieten nichts Besonderes dar, ebensowenig die Zellen. Die ziemlich reichlichen und kräftigen elastischen Fasern gehen nicht in die Membran über und hören an der Kontaktstelle mit der letzteren plötzlich auf. Einige dieser Fasern verlaufen parallel der Oberfläche, andere aber senkrecht, und der plötzliche Schwund, sowie die Zerstörung

---

[1] FRANKE, *Arch. f. klin. Chir.* 1887. Bd. 34. — AUDRY und LACROIX, *Midi méd.* 19. November 1892. — GOLDMANN, HILDEBRAND, REINHOLD citiert in F. KÖNIG, *Arch. f. klin. Chir.* Bd. 48. pag. 174. (Beitrag zur Anatomie der Dermoid- und Atheromcysten der Haut.

[2] Fixierung in Alkohol, Paraffin. Alaunkarmin; RANVIERsches Pikrokarmin, wässerige Methylenblaulösung, polychromes Blau (UNNA), Orcein etc.

dieser letzteren ist sehr auffallend. In den tieferen Schichten des neugebildeten Gewebes lassen sich zwischen den Zellen noch einzelne Überreste von elastischen Fasern an ihrer charakteristischen Orceinfärbung erkennen.

Zwischen dieser bindegewebigen Schale und dem eigentlichen krankhaften Gewebe verlaufen parallel und senkrecht zur Oberfläche dilatierte Kapillaren, die mit roten Blutkörperchen angefüllt sind. Jenseits hiervon folgt die Membran des Neoplasmas, an der wir drei Schichten unterscheiden wollen:

α) Die erste und zugleich tiefste breitet sich neben den Kapillaren aus. Hier ist es, wo sich das Netz elastischer Fasern plötzlich verliert. Das Auffallendste an dieser Schicht ist ihr Gehalt an Riesenzellen, welche geradezu kolossale Dimensionen annehmen und unregelmäfsig angeordnet sind. Ihre Form ist bald rundlich, bald oval, bald nehmen sie allerlei Gestalten an und sehen aus wie grofse Myeloplaxen; ihre Basis entspricht dem Verlaufe der Kapillaren, während ihre Fortsätze nach der Cystenhöhle hin gerichtet zu sein scheinen.

Diese Zellen bilden grofse, feingranulierte, gut färbbare Protoplasmaklumpen, die aber eines Exoplasmas entbehren. Die sehr zahlreichen Kerne sind bald über das ganze Protoplasma verteilt, bald mehr an der Peripherie angehäuft; stellenweise ist das Protoplasma heller, und die Kerne sammeln sich am Rande an, wodurch eine Lymphspalte mit ihrem Endothel vorgetäuscht wird. Diese Kerne sind rundlich und reich an Chromatin, doch steht dieser Chromatingehalt in umgekehrtem Verhältnisse zur Zahl der Kerne.

Die Zellen sind durch helle Zwischenräume getrennt, welche mit einer glänzenden, amorphen Substanz angefüllt sind. Sie liegen in einem Protoplasmanetze, in dessen Maschen zahlreiche Kerne zu sehen sind und welche den gewöhnlichen gefäfsbildenden Fortsätzen des Embryo ähnlich sehen.

β) Die mittlere Schicht der Membran umfafst: 1. einige grofse multinukleäre Zellen, welche denen in der vorhergehenden Schicht ähnlich, aber weniger zahlreich sind; 2. eine grofse Menge vielkerniger Elemente, welche netzförmig angeordnet sind; 3. stark gefärbte Protoplasmaklumpen, die ein oder mehrere chromatinreiche, nicht scharf konturierte Kerne enthalten; wo nur ein Kern vorhanden ist, nimmt dieser die Mitte des Zellenraumes ein; stellenweise haben sie sich in zwei mächtige kariokinetische Scheiben geteilt. Hier und da tritt an Stelle dieses Gewebes stark verändertes Bindegewebe mit wenigen Bindegewebs- und kleinen elastischen Fasern, mit Chromatinüberresten, veränderten Kernen und einigen Zellen, deren Herkunft auf Diapedese zurückzuführen ist.

γ) In den oberflächlichen Schichten sind die Riesenzellen selten;

dagegen findet man darin kleinere Protoplasmaklumpen mit einem oder mehreren Kernen, von denen oben die Rede war. An anderen Stellen wird die Oberfläche durch lange keulenförmige Zellen gebildet, die senkrecht auf der Wandung stehen, an einem Ende spitz ausgezogen sind und zahlreiche abgeplattete Kerne enthalten. Zuweilen sieht man ein wirkliches Protoplasmanetz, das mit Kernen versehen ist und weite, hohle Maschen bildet, die am besten mit Querschnitten von Hollundermark oder von Fettzellen verglichen werden.

Fassen wir diesen Befund zusammen und stellen wir uns vor, dafs sich die Zellen nach allen Richtungen und nicht nur in der Fläche des Präparates fortsetzen, so werden wir die Läsion als ein gewaltiges Plasmodium auffassen können, das mit Kernen bestreut, zerstückelt und infolge der Resistenz des primären Gewebes durchlöchert wurde, so dafs es nun wie ein kolossales Angioplasma aussieht.

Betrachtet man nun die Stelle, wo das Epithel, das die Cyste überzieht, mit dem Angioplasma in Kontakt tritt, so sieht man zunächst, dafs dieses mitten im Derma entsteht und sich dort entwickelt; vom Epithel ist es durch eine Bindegewebsschicht getrennt. Übrigens sind ja, wie bereits mitgeteilt, im Stroma Überreste von elastischem Gewebe vorhanden, was uns hinlänglich über den Ursprung des ersteren unterrichtet.

An dieser Stelle wird die Epidermis selbst durch Schichten rautenförmiger, abgeplatteter Zellen gebildet, während die Cylinderzellenschicht fehlt; diese Zellen leben, denn sie hängen zusammen, lassen sich leicht färben und enthalten einen voluminösen, scharf umschriebenen Kern. Diese Anordnung der Epidermis wird übrigens in mehr oder weniger ausgedehnten Flächen öfters beobachtet, wenn dieselbe Cysten ektodermalen Ursprungs überzieht, wenn auch letztere im übrigen die vollständige Struktur normaler Epidermis aufweist.

Wo der Epidermisstreifen mit dem angioplastischen Gewebe in Kontakt tritt, werden die Zellen heller und verlieren ihre scharfen Grenzen; der Kern verschwindet oder wird undeutlich; die am meisten peripher gelegenen scheinen sich in farblosen Detritus aufzulösen, der mit grofsen, runden, durch ihren Kern fast ausgefüllten oder wie angenagt aussehenden Zellen bestreut ist.

Ohne Zweifel ist das angioplastische Gewebe aus dem subepithelialen Bindegewebe der Cutis entstanden, wahrscheinlich oberhalb der oberflächlichen Gefäfsschicht. Die Riesenzellen haben die Vitrea gestört und das Epithel durchlöchert und zerbröckelt. Fr. König hat Detritus von Epidermiszellen beschrieben und abgebildet, die in den von der Neubildung freigelassenen Zwischenräumen in Resorption begriffen waren; andererseits glaubt er in der Tiefe des Plasmodiums Überreste von Pigment, Fett etc. nachgewiesen zu haben, die ich wahrscheinlich deshalb

nicht finden konnte, weil in meinen Präparaten das Epithel nicht so entwickelt war, wie in den seinigen. Ist nun diese Epidermis einfach durch das gefäfsbildende Gewebe zerbröckelt, zerstört und resorbiert worden? oder bildet sie schliefslich einen Teil der Masse? Ich wäre sehr geneigt, diese letztere Hypothese anzunehmen, doch gestehe ich, dafs ich nicht einmal Wahrscheinlichkeitsbeweise aufstellen kann.

Die Ansicht KÖNIGS, der die Riesenzellen aus jungen Bindegewebselementen entstehen läfst, kann ich nicht teilen; ich glaube vielmehr, dafs ihr Ursprung in den Kapillaren zu suchen ist, von denen sie gefäfsbildende Fortsätze bilden. Dies führt uns gleich zu einer genauen Auslegung der Gesamtläsion. Die Cysten sind Überreste aus der embryonalen Zeit mit Beibehaltung eines autochtonen Wachstums; ein gefäfsbildender Fortsatz, der gleichzeitig mit ihnen entstanden ist, bleibt hier und da mit ihnen im Zusammenhang und in lebendem Zustande bis zu einem Zeitpunkte, wo sich der Epidermissack mit seinen Anhängseln ruhig weiter entwickelt. Das Fehlen jeder Entzündung, die Seltenheit der embryonalen Elemente, das Aussehen der Riesenzellen, die man wegen ihres Entwickelungsmodus und ihrer Anzahl nicht mit denjenigen Zellen verwechseln kann, welche man in der Umgebung von Fremdkörpern und in einigen nichttuberkulösen Entzündungsherden findet: alle diese Umstände dienen zur Stütze unserer Ansicht. Man begreift leicht, warum und wie es schwer fällt, die genaue Insertionsstelle des gefäfsbildenden Fortsatzes mit der betreffenden Kapillare nachzuweisen.

Es handelt sich demnach um eine Degeneration oder vielmehr um eine Resorption des ektodermatischen Epithels infolge eines eigentümlichen Prozesses, um eine wirkliche angioplasmatische Resorption.

Man wird nicht umhin können, diesen histologischen Prozefs mit einem anderen zu vergleichen, der sich in einer ganz anderen Region und unter ganz anderen Bedingungen abspielt: ich meine die Erscheinungen, welche zur Bildung des Placentargewebes führen. In beiden Fällen haben wir es mit einem Mechanismus zu thun, den „die Natur" dazu benutzt, das Epithel mit Gefäfsen zu versehen oder aber zu zerstören.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Freiburg [Schweiz]).

Aus der Praxis.

Ein Frostmittel.

Von

Prof. C. Boeck - Christiania.

Die meisten Praktiker haben wohl ihre eigenen Frostmittel. Das meinige ist nicht elegant, aber sehr wirksam. Dessen Formel ist die folgende:

℞ *Ichthyoli*
Resorcini
Tannini ā 1,00
Aquae 5,00
MDS. Zum Einpinseln jeden Abend.

Die Flüssigkeit bildet, wenn sie eingepinselt wird, in wenigen Minuten einen Firnifsüberzug auf der Haut, und mit diesem Mittel bringt man nicht nur die begrenzten Frostknoten, sondern auch die diffuse ödematöse Schwellung der Hände und Finger zum Schwinden. In der That bietet die Haut sehr bald ein vollständig runzeliges und geschrumpftes Aussehen dar. Das Mittel hat aber doch auch gewisse Übelstände. Erstens wird die Haut nicht nur während der Behandlung, sondern auch 8—14 Tage nachher ganz geschwärzt und schmutzig. Zweitens giebt es ja Leute, deren Haut gar nicht, selbst in dieser Verbindung, das Resorcin vertragen kann. Dies ist jedoch sehr selten, besonders wenn die Finger, Hände oder Füfse nach dem Einpinseln, während der Nacht, mit Salbenmull eingewickelt werden. Bei empfindlicher Haut sollte dies überhaupt immer gemacht werden; es bilden sich sonst sehr leicht infolge der Behandlung Rhagaden. Bei offenem Frost ist das Mittel nicht anwendbar.

Bei Leuten, die unmöglich wegen ihres Berufes ihre Hände in der genannten Weise beschmutzen lassen können, kann man sich doch des hier sehr wirksamen Resorcins bedienen. Man löst es nämlich in gleichen Teilen Mucilag. gummi arabici und Wasser auf und wendet es z. B. nach folgender Formel an:

℞ *Resorcini* 2,00
Mucilag. gummi arabici
Aquae ā 5,00
Talci pulv. 1,00
MDS. Zum Einpinseln abends.

Auch gegen das nicht eben häufige, aber lästige und äufserst hartnäckige Übel, das als „schuppende Lippen“ bezeichnet werden konnte, hat mir das hier angegebene Frostmittel gute Dienste geleistet. Das Mittel mufs jedoch gegen dieses Übel oft sehr lange angewendet werden.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 9. Juli 1895.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.)

1. Herr Lassar stellt den vor zwei Monaten vorgestellten 21jährigen Patienten aus Afrika nochmals vor, bei dem damals ein Ausschlag auf dem ganzen Körper vorhanden, über dessen Diagnose er zweifelhaft war. Er vermutete, dafs es sich um Syphilis handle, allein eine darauf eingeschlagene spezifische Kur hat den Ausschlag durchaus nicht geändert. Derselbe besteht fort und würde er sich heute mehr der damals von Herrn Heller angegebenen Vermutung, dafs es sich um das Primärstadium einer **Mykosis fungoides** handle, hinneigen. Jetzt sind die Flecke zwar ausgebildeter, aber nirgends sind Tumoren vorhanden. Aufser der spezifischen Kur wurden auch eine Arsenkur und alle möglichen äufseren Medikamente angewandt, ohne dafs der Ausschlag sich auch nur im mindesten geändert hat. Es mufs also eine Affektion sein, die wir hier noch nicht kennen, und die wahrscheinlich nur in der Gegend, nämlich in den Kapkolonien, wo der Patient das Leiden acquiriert hat, vorkommt. Beschwerden hat der Patient durchaus nicht.

2. Herr Ledermann: **Fall von Induration an der Wange.** Die vorgestellte junge Frau, welche seit vier Monaten zum zweiten Male verheiratet ist, hatte vor einigen Monaten ein Geschwür an der Wange, das von einem Arzte mit einem Höllensteinstift touchiert wurde. Darauf trat eine Anschwellung der Drüsen am Unterkiefer und an der Spina mentalis interna ein, und man konnte statt des Geschwüres ein derbes Infiltrat an der Wange konstatieren. Gegenwärtig befinden sich aufserdem Plaques an den Tonsillen und den Genitalien, nebenbei Ausschlagsformen. Der Ehemann zeigt ebenfalls eine spezifische Affektion am Penis, und es entsteht die Frage, ob die Frau von dem Manne inficiert ist, oder ob nicht die Frau durch den Höllensteinstift inficiert wurde und diese den Mann dann angesteckt hat. Die Art der Sklerose bei der Frau ist eine sehr eigentümliche.

Herr Lewin meint, dafs gerade die Anschwellung der Drüsen an der Spina mentalis interna für die Primäraffektion an der Wange spricht, doch glaubt er nicht, dafs der Höllensteinstift die Infektion bedingt haben könne, indem der Höllenstein das Eiweifs zur Koagulation bringt, wodurch die Lymphbahnen sofort undurchgängig werden. Herr Ledermann erwähnt, dafs man der Ansicht ist, dafs an dem Holze des Höllensteinstiftes der Infektionsstoff haften kann und auf diese Weise die Übertragung stattfindet.

3. Herr Lewin: **Fall von Gummaknoten in der Zunge.** Die vorgestellte Patientin, kam mit einer Ophthalmie in die Charité, die wie eine blennorrhoische aussah, doch sprach manches gegen eine gutartige Affektion. Eine genaue Untersuchung ergab nun in der Zungenspitze einen harten Knoten, der nur ein Gumma sein konnte. Aufserdem fand sich ein Geschwür auf der hinteren Larynxwand, das zwar nicht tief war. Die Stimmbänder sind infiltriert und gerötet.

4. Herr Lewin: **Fall von Gummata an der Zunge.** Der vorgestellte Patient zeigt an der Zunge Gummata, die prominieren und bereits ulceriert sind. Er hat ebenfalls eine Larynxaffektion. Der linke Aryknorpel ist, wie bei gummösen Prozessen, geschwollen. Wenigstens ist nur ein Aryknorpel erkrankt, dessen Farbe dann gelblich und nicht gerötet ist. Die Heiserkeit ist nur unbedeutend.

5. Herr Lewin: **Fall von gummösem Ulcus an der hinteren Pharynxwand.** Patient zeigt am unteren Augenlide einen Defekt, der von einem Geschwüre herrühren soll. Bei weiterer Untersuchung findet man an der hinteren Rachenwand ein Geschwür, das sehr tief ist und wahrscheinlich bis auf die Wirbelsäule geht. Das Geschwür sitzt mehr im Cavum pharyngo-nasale und kann sehr leicht übersehen werden, wenn man nicht genau untersucht. Dafs das Geschwür sehr tief ist, deutet darauf, dafs bereits Rückenmarksaffektionen vorhanden sind; Patient hat nämlich abnorme Sensationen in den Händen. Das Ulcus rührt von einem zerfallenen Gumma her.

6. Herr Lewin stellt dann einen Patienten vor, bei dem infolge eines bestandenen Ulcus eine **Verwachsung des Arcus palato-glossus mit der hinteren Pharynxwand** zurückgeblieben ist. Aufserdem zeigt der Patient eine Perforation des Palatum durum.

7. Herr Lewin: Der vorgestellte Patient kam mit **Rypia** und einer **Orchitis syphilitica** in die Charité, wogegen Jodkalium angewandt wurde. Nach einiger Zeit trat **Purpura** ein, die nur von dem Gebrauche des Jodkaliums herrühren konnte. Dieselbe ist bereits im Schwinden begriffen, wie alle medikamentösen Exantheme sehr bald nach Aussetzen des Medikamentes schwinden.

8. Herr Lassar: **Zur Therapie des Naevus verrucosus mit Demonstration.** Bei dem von Herrn Meissner in voriger Sitzung vorgestellten Fall von Naevus verrucosus hat L., ausgehend von dem Gedanken, dafs weiche Warzen durch den Gebrauch von Arsen günstig beeinflufst werden, auch Arsen angewandt, und zwar hat er dem Mädchen dreimal täglich drei Tropfen der Solutio Fowleri gegeben. Wie man jetzt sehen kann, ist der Naevus vollständig geschwunden. Herr Lewin erwähnt dabei, dafs auch er weiche Warzen nach dem Gebrauch von Arsen hat schwinden sehen.

Herr Mankiewitz berichtet, dafs Condylomata acuminata nach Auftupfen von Solutio arsenica Fowleri vollständig schwinden, ohne dafs sie je wiederkehren.

Herr Rosenthal hat bei den flachen Warzen am Handrücken nie Erfolge vom Arsen gesehen, doch wendet er es immer wieder an, weil er nichts Besseres wufste. Wie es in dem von Herrn Meissner vorgestellten Falle von Naevus verrucosus gewirkt haben kann, ist ihm unbegreiflich, da Herr Meissner den Fall für eine Ernährungsstörung des Rückenmarkes erklärte, indem ja auch Lähmungserscheinungen bestanden haben sollen.

Auch Herr Blaschko hat in einem Falle Erfolg von Arsen gesehen, während andere Fälle durch das Medikament unbeeinflufst blieben. Ja er hat sogar beobachtet, dafs unter dem Gebrauche des Arsens Warzen entstanden. Zuerst trat in diesen Fällen Arsenmelanose auf, und dann bildeten sich an den Händen kleine Wärzchen, die dann wieder schwanden.

Herr Saalfeld: Die flachen Warzen werden nach seinen Erfahrungen durch das Arsen beeinflufst, es sind dies die Verrucae planae seniles, die zerklüfteten nicht. Doch sind ihm Fälle bekannt, wo jene ohne jede Medikation schwanden.

Herr Heller hat an sich selbst die Beobachtung gemacht, dafs die nach den vom Photographieren benutzten Medikamente erzeugten Warzen von selbst schwanden.

Herr Lassar hat beobachtet, dafs, wenn man auch nur eine Warze mit einem Medikament tangiert, dasselbe auch auf die anderen günstig wirkt. Er wollte hier nur erwähnen, dafs der in diesem Falle jahrelang bestandene Naevus nach dem Gebrauche des Arsens geschwunden ist.

9. Diskussion über den Vortrag des Herrn Meissner: **Über Naevus verrucosus.** Herr Lewin spricht sich gegen die Ansicht Meissners, dafs die Ursache

des Naevus verrucosus auf eine Erkrankung der vasomatorischen Zentren zurückzuführen sei. Alle Prozesse könnten auf vasomotorische Zentren zurückgeführt werden, allein dann müfsten solche Erkrankungen in den Zentren durch Sektionen nachgewiesen werden. Bis jetzt hat die Obduktion in keinem Falle die Ansicht Meissners bestätigt. Selbst klinisch ist bis jetzt fast nichts konstatiert, wodurch man sich zu M.'s Hypothese hinneigen könnte. Er habe die in der Litteratur publicierten Fälle gesammelt, und unter 100 sind nur elf Fälle vorhanden, bei denen nervöse Störungen bestanden haben sollen. So waren drei Fälle mit Epilepsie kompliciert, zwei Fälle sollen nervöse Störungen unbestimmter Art gezeigt haben, wie Schwäche im Arm etc., in einem Falle soll die Intelligenz geringer gewesen sein, in einem Falle bestand doppelter Klumpfufs, in einem Falle war Atrophie eines Muskels vorhanden, und zwei Fälle zeichneten sich dadurch aus, dafs die Patienten in der geistigen Entwickelung zurückgeblieben waren. Selbst hat er circa 60 Fälle beobachtet, in denen, soviel ihm bewufst, keine nervösen Störungen vorhanden waren.

Herr Rosenthal glaubt, dafs man die Theorie des Herrn Meissner nicht verallgemeinern darf, wenn auch einzelne Fälle mit nervösen Störungen kompliciert vorkommen können.

Herr Blaschko: Man mufs zunächst feststellen, was man unter Naevus versteht; denn die bis jetzt bekannten Fälle sind nicht alle Naevi gewesen, da einzelne Autoren auch Pigmentleberflecke, Geschwülste, Lymphangiofibrome etc. dazu gerechnet haben. Deshalb wird man, falls man eine Theorie darüber aufstellen will, sich erst klar machen müssen, von welchen Fällen man spricht. Einzelne behaupten, dafs alle angeborenen Flecke dazu zu rechnen sind, doch findet man auch hier Fälle, die nichts mit einer Verruca zu thun haben, sondern Anomalien der Haare, der Gefäfse und des Epithels sind. Deshalb geht seine Ansicht dahin, dafs man für die Zukunft erst feststellen soll, was man unter Naevus verstehen will.

Herr Meissner bemerkt, dafs er nur einen Versuch machen wollte, die bisher bekannten Theorien in eine zu vereinigen; es sei nicht seine Absicht gewesen, eine neue Theorie aufzustellen, sondern er wünschte nur, dafs die Form mehr berücksichtigt werde. Jedenfalls spreche die symmetrische Doppelseitigkeit und das nicht Überschreiten der Mittellinie für eine Affektion des Zentralorgans.

Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr.

Sitzung vom 6. Mai 1895.

Über Pemphigus neonatorum spricht Peter an der Hand eines beobachteten Falles. Das Leiden zählt sicher zu den Infektionskrankheiten. Demme hat Kokken nachgewiesen, und der Vortragende selbst hat früher Kokken bei einem Falle gezüchtet. In dem jetzt mitgeteilten Falle ist die Infektion sicher auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahn erfolgt. Eine an Sepsis erkrankte Wöchnerin nährt ihr Kind selbst, welches am elften Lebenstage einen Blasenausschlag bekommt. Die bakteriologische Prüfung des Blaseninhaltes ergiebt neben einer Reinkultur des Staphylococcus pyogenes albus vereinzelt den Staphylococcus pyogenes albus und Kokken, die mit den von Demme gefundenen übereinstimmen. Denselben Befund ergab die Untersuchung der Muttermilch; im Blute fand man Staphylococcus pyogenes albus und den Demmeschen Coccus. Der Vortragende glaubt nicht, dafs ein spezifischer Organismus der Urheber des Pemphigus acutus febrilis ist, sondern dafs verschiedene Bakterien denselben hervorzurufen vermögen.

Sitzung vom 20. Mai 1895.

Über eine eigenartige Form von Hauttuberkulose berichtet Jessner. Der beobachtete Fall betrifft eine 16jährige, hereditär nicht belastete, gut entwickelte

Gutsbesitzerstochter. Im neunten Lebensjahre bildete sich zuerst im Gesichte ein kleiner Tumor; seitdem sind an Gesicht, Extremitäten und am wenigsten am Rumpfe weitere derartige Tumoren, bisher im ganzen 98, aufgetreten. Dieselben sind linsen- bis kirschengroſs, sitzen breitbasig auf, zeigen eine rotbraune Farbe, eine glatte, nur stellenweise etwas schuppende Epidermis. Ihre Konsistenz ist eine weiche, ein fest gegengedrückter Sondenknopf dringt leicht in das Gewebe ein. Die Umgebung ist absolut normal, weder sie, noch die Tumoren waren jemals schmerzhaft. Die letzteren sind sehr, sehr langsam, aber stetig gewachsen, niemals ist es zur Rückbildung, Resorption, Zerfall eines einmal entstandenen Knotens gekommen. Die Diagnose wurde klinisch auf Tuberculosis cutanea gestellt und durch die mikroskopische Untersuchung, wie durch das positive Ergebnis der von Herrn Professor Nauwerk ausgeführten Impfungen bestätigt. Es stellt dieser Fall eine neue Form von Hauttuberkulose dar, die man vielleicht passend als Tuberculosis cutanea framboesioides disseminata bezeichnen könnte. Der Fall wird an anderer Stelle ausführlicher publiciert werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis.

Sitzung vom 13. Juni 1895.

Vorsitzender: E. Besnier.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Über ein pathognomisches Zeichen des Lichen planus (Wilson), von H. L Wickham. Es sind dieses Streifen und Punktierungen an der Oberfläche der Papeln. Die Autoren der verschiedenen Länder sprechen nichts von einer derartigen Erscheinung, und Herr Wickham konnte nur bei Ziemssen, Hardy und Brocq diesbezügliche Angaben finden, und doch hat das Symptom eine gewisse Wichtigkeit, indem es bei keiner anderen Hauteruption vorkommt; kann man es nachweisen, so ist die Diagnose des Lichen planus festgestellt. Es ist übrigens leicht zu erkennen. Untersucht man nämlich eine reife Papel, so findet man, daſs sie aus zwei verschieden gefärbten Teilen besteht; auf einer rosaroten Grundfärbung sticht eine grauliche Partie ab, welche verschiedene Formen annehmen kann: bald kann sie mit einer Art Oblate verglichen werden, welche das Zentrum der Papel einnimmt und an der Peripherie einen rötlichen Rand aufweist; bald wird sie von Streifen gebildet, die sich nach allen Richtungen sternenförmig durchkreuzen; bald erkennt man bloſs einen oder zwei einfache aus Punkten bestehende Streifen. Alle diese Formen zeigen die verschiedensten Kombinationen. Die beschriebenen Elemente sehen aus wie Narben, verschwinden aber vollständig und spurlos mit der Papel. Bald sind sie über das Niveau der Papeloberfläche leicht erhaben, bald nicht und gleichen ganz den weiſslichen Streifen, welche die Lichenpapeln der Mundhöhle bilden.

Diese Erscheinung wird meist beim typischen Lichen planus, zuweilen aber auch in zweideutigen, schwer zu bestimmenden Fällen angetroffen und giebt dann in letzterem Falle ein wertvolles diagnostisches Hülfsmittel ab. In Fällen von „Lichenisierung“ oder von lichenoiden Syphiliden nehmen einzelne Elemente zwar die Gestalt der Lichenpapeln an mit Bildung von Mosaiken oder glänzenden, flachen, rosaroten Papeln, und es würde hier also genügen, die beschriebenen Streifen nachweisen zu können, um die Diagnose mit Sicherheit stellen zu können.

Notiz über die Untersuchungen von Dr. Unna über die verschiedenen Varietäten von Bindegewebszellen, mit mikroskopischen Demonstrationen, von Dr. M. Hodara. Die von meinem Lehrer, Herrn Dr. Unna, seit circa zehn Jahren verfolgten Untersuchungen zur Auffindung einer spezifischen Färbung des Protoplasmas der Bindegewebszellen haben ihn zur wichtigen Entdeckung der sog. Plasmazellen geführt. Dieselben zeichnen sich durch ihre mehr oder weniger kubische Form aus, ferner

durch das Fehlen von Fortsätzen, durch die Intensität, mit der sie sich methylenblau färben, und endlich durch ihre körnige Struktur etc. Diese Plasmazellen sind weiter nichts als hypertrophierte Bindegewebszellen; doch beschränkt sich diese Hypertrophie ausschliefslich auf das eine der beiden Hauptelemente des Protoplasmas, auf das körnige Protoplasma (Granoplasma). Es handelt sich also um eine ganz besondere Hypertrophie der Bindegewebszellen. Aufserdem kommen in gewissen pathologischen Geweben andere Formen von Bindegewebszellen vor; so jene grofsen, hypertrophischen Zellen mit multiplen Ausläufern (Spinnenzellen) und zentralem, grofsem, protoplasmatischem Zellenkörper; so ferner jene besondere Zellenart, mit schwammartiger Struktur in Form von Lamellen (Plattenzellen); man findet dieselben besonders im Granulationsgewebe; sie sind ebenfalls stark hypertrophisch, jedoch in anderer Richtung, als die Plasmazellen: hier ist nämlich das Protoplasma schwammartig und netzförmig und wandelt sich direkt in kollagenes Gewebe um. Eine fernere Zellenart geht schliefslich aus teilweiser Hypertrophie und Atrophie hervor, und das Element nimmt die Gestalt eines Filigrankörbchens an (Korbzellen). Diese korbförmigen Zellen setzen sich zusammen aus einem hypertrophischen schwammigen Protoplasma, das seinen körnigen Anteil vollständig verloren hat (partielle Atrophie). Man findet auch in den Präparaten alle Übergangsformen einerseits zwischen den Korbzellen mit schwammigem Protoplasma und den ödematösen Plasmazellen mit granulösem Protoplasma, andererseits zwischen ersteren und den spindelförmigen Bindegewebszellen. Alle diese Zellenarten haben eine besondere, charakteristische Form und doch ist diese Verschiedenheit des Aussehens nur eine Folge der mehr oder weniger fortgeschrittenen Entwickelung der beiden Grundsubstanzen: 1. des Granoplasmas, 2. des Spongioplasmas, welche in den aufgestellten mikroskopischen Präparaten zu erkennen sind.

Herren Hallopeau und Guillebert: **Über zwei alte und zwei neue Fälle von Mykosis fungoides.** Die Vortragenden stellen gleichzeitig vier Fälle dieser Affektion vor, und zwar zeigten dieselben folgende ganz verschiedene Formen: verallgemeinerte, knotenförmige, nässende, vegetierende Form; Erythrodermie; massiver, isolierter und exulcerierter Tumor; umschriebene Wülstchen. Diese Formen unterscheiden sich nicht nur durch ihre symptomatischen Eigenschaften, sondern auch durch ihre Entwickelung und ihre Prognose. Die in der vorliegenden Arbeit neu erwähnten oder bestätigten klinischen Thatsachen lassen sich, wie folgt, zusammenfassen: Die erythrodermatischen Schübe können von profusen Schweifsen begleitet werden, die, wenn sie sich öfters wiederholen, ein äufserst peinliches Symptom darstellen; der Mangel von Prurigo kontrastiert hier mit der Intensität der Kratzeffekte; sekundär können sich bei der nodulären Form ekzematöse Erscheinungen entwickeln, sehr grofse Bezirke befallen, zu bedeutendem Säfteverlust und infolgedessen zu hochgradigen Schwächezuständen führen, gleichzeitig aber auch die Eingangspforte für sekundäre Infektionen öffnen. Die Prognose ist demnach in solchen Fällen eine schwere. Stellenweise kann es zu Blasenbildungen kommen. Die nässenden Läsionen unterscheiden sich dadurch vom Ekzem, dafs sie sich auf vegetierenden Flächen ausbilden. Da die Haut eines Mykosispatienten weniger widerstandsfähig ist, als beim Gesunden, so kann es bei bestehendem Mitralfehler zu frühzeitigen allgemeinen Anasarka kommen. Den eigentlichen Mykosisefflorescenzen können andere Läsionen vorangehen, welche in der Cutis bleibende pigmentierte, eingesunkene oder emporragende Indurationen zurücklassen. Diese Thatsache, für die gegenwärtig keine Erklärung vorliegt, ist jedoch nicht konstant.

Herren Hallopeau und J. Monod: **Über einen Fall von Deformation der Finger und Zehen.** Es handelt sich um einen Patienten, der gleichzeitig von Hauttuberkulose afficiert ist und an beiden Händen einen überzähligen Goldfinger getragen

hatte, die operativ entfernt wurden. Ein Teil der Finger ist stark atrophisch, resp. in ihrer Entwickelung zurückgeblieben. Man hat also hier gleichzeitig übermäßige und mangelhafte Entwickelung dieser Organe vor sich. Eine Zehe ist ebenfalls nur rudimentär ausgebildet.

Herren HALLOPEAU und LE DAMANY: **Über eine allgemeine Parakeratose der Nägel ohne bemerkbare Ursache.** Seit einem Jahre haben sich die Finger des Patienten bedeutend verändert, sie sind beträchtlich dicker geworden, indem sich zwischen Nagel und Nagelbett eine unvollständig verhornte Schicht gelagert hat, in welcher Mikroorganismen der verschiedensten Art zu finden sind. Es fragt sich jedoch, ob die Ursache dieser Ernährungsstörung nicht eher in einer Veränderung der Nagelmatrix zu suchen sei, welche der Ernährung des Nagels vorsteht.

Über ekzematoide trophische, symmetrische Störungen der Mittelfingerspitze und Prurigo. Herr GASTON stellt ein 8jähriges Kind vor, welches an den Spitzen der drei ersten Finger beider Hände Veränderungen zeigte, die einem trockenen chronischen Ekzeme ähnlich sahen. Diese Affektion hat, im Alter von vier Jahren, an den Nägeln begonnen, welche trocken, spröde und schwärzlich geworden sind. In der Umgebung der Nägel entwickelten sich Pusteln und ein nässendes Erythem, worauf der Nagel abfiel und die Fingerspitze eine rote, trockene, gefaltete, fissurierte und schuppende Beschaffenheit beibehielt. Jeder Schub war von einer Bronchitis begleitet, und außerdem war das Kind von seinem zweiten Jahre an mit Prurigo belastet. Sensibilitäts- oder andere nervöse Störungen fehlen. Die Mutter leidet seit zehn Jahren an Pruritus vulvae.

Über einen Fall von Collesschem Gesetz bei einer Amme und über das Verhalten des Arztes, von H. FEULARD. Eine 19jährige Frau kam als Amme nach Paris und übernahm in einer bürgerlichen Familie die Ernährung eines Säuglings. Ihr eigenes Kind, das in der Zwischenzeit erkrankte und welches sie ebenfalls ernährte, war ausgesprochen syphilitisch, während sie selbst gar keine Zeichen von Lues aufwies. Die Untersuchung ergab, daß es sich um einen Fall von Collesschem Gesetz handelte: die Frau hatte ein syphilitisches Kind geboren, ohne selbst syphilitische Symptome zu zeigen; sie war immunisiert. Er fragte sich nun, ob die Frau weiter einem gesunden Kinde als Amme gegeben werden durfte, ob sie eventuell ein syphilitisches Kind ernähren, oder endlich ob sie einer antisyphilitischen Behandlung unterworfen werden sollte.

Tuberkulöse, trockene, flächenförmige Syphilide. Syphilis von 38jähriger Dauer. Herr EUDLITZ stellt eine 68jährige Patientin mit solchen Eruptionen am Rumpfe und am linken Oberschenkel vor. Die Infektion ist vor 38 Jahren erfolgt, indem sie von ihrem ersten Ehemanne nach zehnjähriger Ehe angesteckt wurde. Sie wurde im Anfange ihrer Krankheit während drei Monaten im Lourcine-Hospital behandelt, seither aber nicht mehr. Erst im Januar 1895 zeigten sich nach Überanstrengung und Gemütsaffekten die genannten Erscheinungen, welche übrigens dank einer entsprechenden Behandlung in Rückbildung begriffen sind. Das Interessante des Falles liegt im Aussehen der Läsionen, die den Typus bei sekundärer Periode tragen. Bemerkenswert ist ferner die Gutartigkeit der Läsionen für eine alte Syphilis die sozusagen kaum behandelt worden ist.

Epitheliom auf einer Narbe. H. LEREDDE stellt einen Greis vor mit einer flachen Narbe im Gesichte, die vor drei Jahren nach einem Trauma entstanden war. Am Rande derselben, unmittelbar am Übergange in die gesunde Haut, haben sich seit drei Monaten typisch epitheliomatöse Knötchen entwickelt. Das Merkwürdige des Falles liegt in seiner Einfachheit. Die Entwickelung von Epitheliomen auf Narbengewebe ist bekannt, und erinnere ich hierbei bloß an das Auftreten von

Magencarcinomen auf dem Boden eines vernarbten Ulcus oder nach einer atrophisierenden Gastritis, an das Carcinom der Lungen bei der Sklerose dieses Organs. Die Ausbildung eines Epithelioms auf alten Lupusherden wird erleichtert durch die Sklerose, zu welcher langsame tuberkulöse Prozesse führen. Der vorliegende Fall ist ein ähnlicher.

Herr Mendel: **Rascher Erfolg nach subkutanen Kalomelinjektionen bei tertiärer Laryngitis.** In einer früheren Sitzung erwähnte ich eines Falles von tertiärer Laryngitis, bei dem ich eine rasche Besserung nach einer subkutanen Injektion von 0,05 Kalomel erzielte. Ich teile heute einen zweiten mit: Der 29jährige Patient ist seit sechs Jahren syphilitisch und wenig behandelt worden. Seit drei Jahren leidet er an Laryngitis und intensiver Dyspnoe seit sechs Monaten. Es besteht eine enorme Infiltration des linken falschen Stimmbandes, wodurch das Glottislumen um die Hälfte verringert wird. Ich habe dem Patienten mehrere Kalomelinjektionen gemacht, und bereits 24 Stunden nach der ersten wurde die Atmung leichter und ist es sichtbar geblieben. Gleichzeitig mit diesen sklero-gummösen Glossiten besserte sich auch ein diffuses Syphilom der Unterlippe.

Syphilitischer Schanker des Gesichtes. Facialislähmung derselben Seite. Tuberkulo-krustöse Syphilide des Haarbodens und des Gesichtes. Herr Eudlitz stellt einen 33jährigen Kellner vor, bei dem sich vor ca. drei Monaten ein harter Schanker auf der rechten Wange entwickelte. Die Ätiologie des Falles, welcher vom behandelnden Arzte falsch gedeutet wurde, blieb dunkel. Zwei Monate später entwickelte sich plötzlich auf derselben Seite eine Facialislähmung mit allen Symptomen und gleichzeitig tuberkulöse Syphilide auf dem Haarboden und im Gesichte. Der syphilitische Ursprung dieser Lähmung ist unzweifelhaft, schon deshalb, weil die Behandlung sie zu raschem Verschwinden brachte.

Das Interessante des Falles liegt im Auftreten der Lähmung bei den ersten sekundären Symptomen. Diese Thatsache ist noch wenig bekannt und veranlassen deshalb öfters verhängnisvolle diagnostische und therapeutische Irrtümer.

Dermatitis herpetiformis. Herren Gaucher, Barbe und Claude. Klinische und mikroskopische Studie. Ein 37jähriger, sehr nervöser, hysterischer Schreiner bemerkte im vergangenen Januar, dafs er mit dem linken Auge weniger deutlich als mit dem rechten die Gegenstände unterschied. Im Spital fand man eine linksseitige Gesichtsfeldeinschränkung. Am 17. April bemerkte man eine sich von Anfang an über den ganzen Körper ausbreitende Hauteruption in Form von kleinen roten Flecken, auf denen Bläschen und Blasen auftraten, die bald spontan oder infolge Kratzens barsten. Die Affektion war besonders sehr juckend. Die roten Flecken erteilten der Hautoberfläche ein charakteristisches getigertes Aussehen. Am 2. Mai konstatierte man eine linksseitige Hermianästhesie. Die wiederholten Blutuntersuchungen ergaben im Mittel einen Gehalt von 8—9%iger eosinophiler Leukocyten. Andererseits fanden sich im serösen Blaseninhalte eine grofse Menge Eiterzellen, sowie eine beträchtliche Anzahl acidophiler Leukocyten vor. Die Anwesenheit dieser Leukocyten, welche von Leredde und Perrin als für die Dermatitis herpetiformis charakteristisch angesehen wird, schien mir dieser letzteren nicht eigen zu sein. Nach unseren, sowie anderer Beobachter Untersuchungen findet man eosinophile Zellen in grofser Anzahl im Blute bei verschiedenen Hautaffektionen, sowie im Inhalt von Ekthymapusteln nach behandelter Scabies. Wir haben ferner dreimal den Urin des Patienten untersuchen lassen, doch stimmten die Resultate dieser Analyse nicht überein mit dem, was andere Autoren behauptet haben; statt einer verminderten Stickstoffausscheidung fanden wir diese im Gegenteil vermehrt, indem die beiden

ersten Untersuchungen, welche in die Blüteperiode der Eruption fallen, die Zahlen 36,0 und 35,33 g ergeben haben.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Freiburg [Schweiz].)

Fachzeitschriften.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Bd. 13. Juni 1895.

I. **Sechs erfolgreich behandelte Fälle von Prostatektomie**, von E. FULLER-New York. Die Methoden, welche zur Beseitigung der hypertrophierten Prostatadrüse in Anwendung kommen, kann man in zwei Klassen einteilen. Die eine beseitigt direkt auf operativem Wege die erkrankte Prostata, die andere sucht indirekt durch Kastration oder durch Unterbindung der Arteriae iliacae internae eine Atrophie der vergrößerten Prostatadrüsen herbeizuführen.

Verfasser vergleicht die Vorteile und Nachteile der einen und der anderen Methode miteinander. Die in der letzten Zeit so warm empfohlene doppelseitige Kastration wurde selbst von älteren Leuten, bei denen der Verlust der Potenz gar nicht mehr in Frage komme, zurückgewiesen. Im übrigen vermag die Kastration nach den bisherigen Publikationen nur bei den weichen Hypertrophien der Prostata eine Atrophie, aber noch keinen vollständigen Schwund derselben herbeizuführen, während sie die hart vergrößerten Drüsen unverändert lasse. Die direkte Beseitigung der hypertrophierten Prostata auf operativem Wege meist zwar wegen des relativ hohen Alters der meisten Patienten eine große Mortalität auf, sie heilt jedoch, wo sie gelingt, das Übel von Grund aus. Verfasser beschreibt den Gang der Operation. Dieselbe sei von Erfolg gekrönt, wenn der Operateur geschickt verfahre, die strengste Antisepsis beobachte, das Allgemeinbefinden der Patienten berücksichtige.

Sechs glücklich operierte Fälle beleuchten das Gesagte.

II. **Über einige Affektionen des Nervensystems, welche im frühen und späten Stadium der acquirierten Syphilis auftreten**, von J. COLLINS-New York. (Fortsetzung.) Verfasser bespricht in dem vorliegenden Abschnitte seiner Arbeit die Syphilis des Rückenmarks und der Wirbelsäule. Die syphilitische Erkrankung der letzteren ist äußerst selten und wird auch nur selten durch den Neurologen diagnosticiert. Aber selbst wenn die Diagnose gestellt wird, findet dieselbe selten durch den pathologisch-anatomischen Befund eine Bestätigung. GERHARDT glaubt, daß die syphilitische Erkrankung der Wirbel ebenso sekundär auf die syphilitische Erkrankung der Schädelknochen folgen kann, wie die des Rückenmarks auf die Syphilis des Gehirns. Die Syphilis des Wirbels kann aber auch nach der Ansicht desselben Autors sekundär auf die syphilitische Erkrankung des Halses folgen. Ein Trauma bildet nur sehr selten die Ursache.

Wie bei Gehirnaffektionen ist die syphilitische Erkrankung der Blutgefäße des Rückenmarks eine der frühzeitigen Manifestationen der Syphilis. Sie tritt gewöhnlich unter dem Bilde einer Hämatomyelie oder einer akuten Myelitis auf. Klinisch beginnt sie mit einer langsam sich entwickelnden Paraplegie, begleitet von Schmerzen und Schwäche in den Beinen. Später treten als höchst charakteristische Merkmale der akuten Myelitis auf Retentio urinae, Incontinentia der Faeces, Fehlen des Patellarreflexes, Decubitus, Cystitis etc.

Mikroskopisch zeigen die erweichten Teile des Rückenmarks die Arterien der Pia vollständig undurchgängig infolge der Verdickung der Intima. Auch die übrigen Blutgefäfse zeigen die charakteristischen Veränderungen der syphilitischen Endarteriitis. Ein grofser Prozentsatz der akuten Paraplegien sind auf Syphilis zurückzuführen und bessern sich nicht selten rasch unter einer antiluetischen Kur.

Eine interessante Form der Syphilis des Rückenmarks ist die syphilitische Spinalparalyse. Der Beginn ist schleichend, erstreckt sich zuweilen über Wochen, Monate, seltener über Jahre. Die ursprünglichen Symptome sind Parästhesie, sehr geringe Schmerzen, leichte Müdigkeit, fortschreitende Schwäche und Steifigkeit der Beine und Blasenschwäche, die lange Zeit das einzige Symptom sein kann.

Das Krankheitsbild zeigt folgende hauptsächlichsten Symptome:

1. den bekannten spastisch-paralytischen Gang, vergesellschaftet mit relativer schwacher Muskelstarre, Kontraktur und Lähmung;
2. konstante Blasenerscheinungen, seltener Tenesmus;
3. deutliche Verstärkung der Sehnenreflexe;
4. schwache, aber konstante Sensationsstörungen;
5. Fehlen der sexuellen Potenz.

Verfasser beschreibt einen prägnanten, hierher gehörigen Fall und erörtert in folgendem die syphilitische Tabes dorsualis.

III. **Blennorrhoe, ihre Behandlung mit intravesikalen Injektionen von Kalium permanganatum**, von F. C. Valentine-New York. Seit seiner Rückkehr vom Kongrefs in Rom hat Verfasser die Janetsche Methode der Behandlung der Blennorrhoe mit Erfolg angewandt. Da sie in Amerika trotz ihrer Einfachheit und Wirksamkeit noch bis in die neueste Zeit hinein wenig bekannt zu sein schien, so hielt es Verfasser für angebracht, seinen Landsleuten eine ausführliche Beschreibung dieser Methode zu geben, begleitet von dem Wunsche, dafs die amerikanischen Ärzte Janets Behandlung der Blennorrhoe prüfen und die erzielten Resultate publicieren sollten.

Zu den Injektionen brauchte Verfasser eine warme Lösung von Kaliumpermanganat 1 : 6000 in steigender Konzentration bis 1 : 1000. Am ersten Tage wurden 2—4 Eingiefsungen, an den nächsten vier Tagen 2 gemacht, bis die Gonokokken völlig verschwunden waren; dann wurde nur einmal eingespritzt, bis der Ausflufs aufgehört hat, was bei Janet selbst in den hartnäckigsten Fällen innerhalb der ersten zehn Tage, beim Verfasser innerhalb der ersten zwölf Tage einzutreten pflegte. Eine Woche, nachdem der Ausflufs aufgehört hat, läfst Verfasser die Patienten wiederkommen, spritzt denselben eine 2%ige Höllensteinlösung in die Urethra ein, worauf für die nächsten 6—12 Stunden ein ziemlich kopiöser Ausflufs auftritt. Enthält derselbe noch Gonokokken, so werden die Irrigationen mit Kaliumpermanganat in der beschriebenen Weise bis zum Schwund der Gonokokken und dem Aufhören der Eiterung wiederholt.

Verfasser will sich in einer späteren Abhandlung noch mehr über die Technik der Methode und über ihre Brauchbarkeit äufsern.

IV. **Drainage der Blase nach suprapubikaler Cystotomie**, von V. C. Dugan-Louisville. Verfasser beschreibt ein von Dr. Senn in Chicago konstruiertes, von ihm selbst (Verfasser) modificiertes Drainrohr, das den Zweck hat, den durch die gewöhnlichen Drainageröhren ausgeübten und sehr schmerzhaften Druck auf den Blasengrund zu vermeiden. Die erwähnte S-förmig gestaltete Tube kommt, wenn sie eingeführt wird, in gar keinen Kontakt mit dem Blasenhals.

V. **Recidivierender Zoster**, von J. Grindon-St. Louis. (Schlufs.) Verfasser fährt fort, die den einzelnen, früher beschriebenen Formen und Gruppen des recidi-

vierenden Zoster entsprechenden Fälle aus der Litteratur in ganz kurzen Auszügen hier vorzuführen.

Die zosterartigen Eruptionen mit Ausnahme von Kaposis gangränösem Typus, der eine Krankheit für sich darstellt, finden ihre Ursache in folgenden Zuständen:

1. in einer chronischen, peripheren Reizung;

2. in einer Verletzung, a) zentralen, b) Kontinuitätsverletzung; c) peripheren, d) reflektorischen;

3. in einem Druck auf einen Nervenstamm;

4. in einer Infiltration eines Nerven oder Ganglions durch irgend ein Neoplasma oder eine einfache, nicht spezifische Inflammation;

5. in der Anwesenheit von irritierenden Substanzen im Blute, wie Milch- oder Harnsäure (Gicht).

Die recidivierenden zosterartigen Eruptionen sind wohl zu unterscheiden von dem wahren Herpes zoster, der nur äufserst selten recidiviert. Von den 61 Fällen, die Verfasser angeführt hat, sind nur 6 als Recidive des wahren Zoster anzusehen.

C. Berliner-Aachen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1895. No. 4.

Drei Beobachtungen von rückläufigem Katheterismus bei undurchdringlicher Verengerung, von Legueu. Bei gewissen Fällen von Striktur findet man wohl den Anfang, aber nicht das Ende. Da empfiehlt sich nach Guyon folgendes Vorgehen: Man macht zunächst in gewöhnlicher Weise die Urethrotomia externa und legt dadurch bis zur Sonde einschneidend den Anfangsteil der Verengerung bloſs. Hierauf wird die Blase von vorn her, aber nur durch eine kleine Incision eröffnet und von dieser aus der speciell hierfür von Guyon und Farabeuf erfundene „Cathéter retrograde" eingeführt, welcher das Ende der Striktur hervortreten läſst. Jetzt bietet die Verbindung der urethralen Incision mit dem Ende der Striktur keine Schwierigkeit mehr. Dieser „Cathéter retrograde" hat etwa folgende Form: Vom Pavillon ab verläuft er zunächst geradlinig, biegt dann in der Hälfte der Länge sich um und stellt weiter etwa einen Halbkreis dar. Die untere Fläche dieses Teils ist gerinnt, und am Ende befindet sich ein Öhr, durch welches man einen Katheter mittelst Faden nachziehen kann. In den drei genau beschriebenen Fällen wurde in der eben skizzierten Weise mit glänzendem Erfolge operiert. Mann könnte aber in den schwierigsten Fällen, wie sie nach Beckenbrüchen vorkommen, wenn die hintere Harnröhre sich nicht nur als verengt, sondern auch als von der Mittellinie abgewichen darstellt, etwas anders verfahren und zwar folgendermaſsen: Man sucht durch einen senkrechten, wagerechten oder kombinierten Schnitt die hintere Harnröhre bis zum Anfange der Verengerung freizumachen, durchtrennt aber die Schleimhaut noch nicht, führt einstweilen von vorn her einen Katheter bis zu dieser Anfangsstelle der Striktur ein; nun wird die Blase durch Sectio alta geöffnet, der „Cathéter retrograde" durch diese kleine Öffnung hindurchgeführt, soweit es möglich ist; jetzt hat man zwischen den Spitzen der beiden Katheter die ganze Striktur vor sich, kennt ihre Richtung genau und kann durch Incision, resp. Resektion die Operation vollenden.

1895. No. 5.

I. **Beitrag zum Studium des Verweilkatheters,** von Guyon und Michon. Auf der Guyonschen Klinik wird sehr häufig nach der Lithotripsie, nach Sectio alta, Urethrotomia externa und interna vom Verweilkatheter Gebrauch gemacht; die Hauptrolle fällt demselben jedoch zu bei Behandlung der schweren Zufälle, denen die Prostatiker so oft ausgesetzt sind. In ausführlicher Weise (43 Seiten) wird in

vorliegender Arbeit der grofse Wert des Instrumentes bei Prostataleiden nach allen Seiten erörtert, Krankengeschichten sind mit eingeflochten, Temperaturkurven beigegeben. Genau ist die Anbringung des Verweilkatheters selbst beschrieben, das jeweils passende Instrument, seine Befestigung, die Art der in Betracht kommenden Antisepsis, die allenfallsigen Nachteile geschildert.

Die Bedeutung des Verweilkatheters bei Prostatikern besteht in folgenden Momenten: 1. läfst sich damit die Infektion behandeln, resp. beseitigen; 2. stimmt er die Harnröhre in günstigem Sinne um, dehnt z. B. Strikturen, beruhigt sie nach Fausses routes; 3. bekämpft der Verweilkatheter die Hämaturie; 4. die Schmerzen und 5. beseitigt er die Urinverhaltung.

Bei Erörterung der Frage: Wie wird der Verweilkatheter ertragen? wird der Ansicht entgegengetreten, dafs derselbe wie ein Fremdkörper wirke und eine wahre Qual für den Kranken sei. Gerade das Studium der Fremdkörper in der Blase, die normale und pathologische Physiologie, sowie die Klinik selbst beweisen die geringe Empfänglichkeit der Blase. Nicht die Anwesenheit des Verweilkatheters selbst, sondern die Unbeweglichkeit und die Rückenlage belästigen den Kranken anfangs, bald gewöhnt er sich daran und klagt nur dann, wenn der Verweilkatheter nicht richtig angebracht ist oder nicht gut funktioniert.

Im Referate kann auf die Details über die Art und Weise der Anbringung des Verweilskatheters und die sonstigen technischen Mafsnahmen nicht eingegangen werden; es sei nur erwähnt, dafs blofs bestimmte Katheter passend erachtet werden: die Gummikatheter mit Mercier-Krümmung, Katheter mit zwei Augen und abgeschnittenem Ende, ferner die Katheter nach Pezzer. Letztere sind entweder Katheter aus vulkanisiertem Kautschuk mit dünner Wandung und einem einzigen grofsen zentralen Auge oder Katheter mit einem Aufsatz, der zentral geschlossen und seitlich zwei Öffnungen trägt.

Der für passend erachtete Verweilkatheter wird durch Ansatzstücke mit einem eigens konstruierten Urinbehälter aus Glas in Verbindung gebracht, welcher eine antiseptische Flüssigkeit enthält (Sublimat z. B.). Kontrole der Lage des Instrumentes, Wechsel desselben, Spülungen mit antiseptischen Flüssigkeiten dienen dazu, etwaigen Unannehmlichkeiten vorzubeugen.

II. **Über die Temperatur beim akuten Tripper**, von Nogués. Da von verschiedenen Autoren, z. B. Padula und Trekaki, behauptet wurde, dafs in einer grofsen Anzahl von frischen unkomplicierten und nur leicht behandelten Tripperfällen Temperatursteigerungen bis über 40° vorkämen, hat Verfasser 13 Patienten, welche alle an akuter unkomplicierter Blennorrhoe litten, in dieser Hinsicht geprüft. 11 waren zum ersten Male, 2 zum zweiten Male von Tripper befallen, bei allen waren die klassischen Zeichen: Schmerzen beim Urinieren, nächtliche Erektionen, starker Ausfluſs, deutlich vorhanden; ausnahmslos wurden zahlreiche Gonokokken gefunden, deren Virulenz noch kulturell nachgewiesen. Es stellte sich heraus, dafs trotz aller Heftigkeit der Erscheinungen zwölf der Kranken ohne jegliche Temperatursteigerung blieben, nur ein Patient zeigte vorübergehend Fieber, aber bei diesem war eine akute Prostatitis aufgetreten, die jedoch als leicht und vorübergehend sich erwies. Es ist daher, wie es auch sonst die tägliche klinische Beobachtung lehrt, daran festzuhalten, dafs bei nicht komplicierter akuter Blennorrhoe durch die Anwesenheit der Gonokokken allein Fieber nicht erzeugt wird. *Neuhaus-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Progressive Ernährungsstörungen.

Pyoktanin gegen maligne Geschwülste, von Moritz-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 24. November 1894.) M. berichtet über einen Fall von Sarkoma der Tonsille und des Oberkiefers, der sich unter Injektionen mit Pyoktanin wesentlich besserte. Die Patientin war eine 49jährige Frau, die vor 18 Monaten zum ersten Male eine Schwellung der rechten Tonsille bemerkt hatte. Bei der ersten Untersuchung vor einem Jahre war die rechte Tonsille beträchtlich vergrößert; ein zweiter Tumor von der Größe einer Pflaume saß am Munde, ein dritter in der linken Regio parotidea. Die Tumoren fühlten sich zart und weich an. Die radikale Beseitigung auf operativem Wege schien unmöglich. Die Patientin erhielt für längere Zeit Arsenik ohne besonderen Erfolg. Verfasser begann nun, dreimal wöchentlich eine gesättigte Lösung des gelben Pyoktanins (Auramin) in die Tumoren zu injicieren. Der Tonsillartumor hat sich um die Hälfte seiner Größe vermindert, und die Patientin, die früher Dyspnoe und Beschwerden beim Schlucken hatte, ist jetzt davon befreit.

C. Berliner-Aachen.

Die Behandlung inoperabler, maligner Geschwülste mit den Toxinen des Erysipels und dem Bacillus prodigiosus, von W. B. Coley-New York. (*Americ. Journ. of the med. sciences.* Juli 1894.) Verfasser hat seit seiner ersten Veröffentlichung im Jahre 1892 weitere 35 Fälle von malignen Tumoren mit den toxischen Produkten des Erysipels unter Hinzufügung des Bacillus prodigiosus behandelt und teilweise solch frappierende Erfolge erhalten, die zu weiteren Versuchen aufmuntern sollen. Einige prägnante Beispiele werden ausführlich mitgeteilt, sämtliche 35 Fälle am Schlusse der Arbeit tabellarisch zusammengestellt. Die Schlüsse, welche der Verfasser aus den gewonnenen Resultaten zieht, sind folgende:

1. Die heilende Wirkung des Erysipels auf maligne Tumoren ist eine feststehende Thatsache.

2. Diese Wirkung ist weit intensiver beim Sarkom, als beim Carcinom.

3. Diese Wirkung ist hauptsächlich den Toxinen des Erysipelstreptococcus zuzuschreiben, der sich isolieren und mit Sicherheit anwenden läßt.

4. Die Wirkung wird sehr verstärkt durch Hinzufügen der Toxine des Bacillus prodigiosus.

5. Sollen die Toxine wertvoll sein, so müssen sie von virulenten Kulturen herrühren und frisch bereitet sein.

6. Die Resultate, welche man ohne Gefahr von dem Gebrauche der Toxine erhält, sind nahezu gleich den von einem Erysipelanfall erhaltenen und machen eine Inokulation deshalb unnötig.

C. Berliner-Aachen.

Einige Betrachtungen über die Behandlung der bösartigen Epitheliome der Haut (Krebse), von A. R. Robinson. (*Intern. Journ. of surg.* Juli 1892.)

Ergänzungen zu obiger Arbeit, von A. R. Robinson. (Ibidem, Juni 1893.) Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Natur der Epitheliome, die Art ihres Wachstums, Verbreitung, sekundären Knoten, kommt Verfasser zur Behandlung. Das Messer findet seine gerechte Würdigung bei jungen, begrenzten Knoten; manchmal empfiehlt es sich nicht, primäre Heilung zu erzielen zu suchen, sondern man soll die Wundfläche ätzen, um etwa zurückgebliebene Zellnester zu zerstören. Curettement

verwirft R. im allgemeinen, es sei denn, dafs eine tüchtige Ätzung nachfolgte. Nun kommt die Hauptsache: das ist die Empfehlung der Ätzmittel; die leichteren, Höllenstein, Mineralsäuren etc., versagen selbstredend; sehr gut wirken aber das Kalium causticum, Chlorzink und arsenige Säure. Ob Verfasser mit seinen Ausführungen in vielen Fällen nicht ganz unrecht hat, insofern als er sagt, dafs man oft mit Causticis bessere Resultate erzielt, als mit dem Messer, sowohl was die Heilung, als was die Kosmetik anbelangt? *F. Hahn-Bremen.*

Beitrag zum Studium der malignen Tumoren der Mamma. Pseudo-Paget-disease, von Depage. (*Ann. de la Soc. belge de chir.* 1894. No. 3.) Die 62jährige Patientin zeigte an der rechten Brustdrüse eine Ulceration, welche in klinischer Beziehung vollständig mit der Pagetschen Affektion übereinstimmte, in ihrem histologischen Befunde aber von derselben wesentlich differierte. Die Läsion ging nämlich nicht, wie beim Paget, von der Epidermis aus, sondern als carcinomatöse Degeneration von den Milch- und Knäueldrüsenkanälen. Die Epidermis war in keinem hypertrophischen Prozesse, sondern im Gegenteil in atrophischer Degeneration begriffen. Vollständiges Fehlen von Gebilden, welche an Coccidien erinnerten. Es handelte sich wohl um einen Drüsenkrebs, der von der Brustwarze ausgegangen, von da den Milchkanälen entlang in die Drüsensubstanz eingedrungen war, sich nach der Fläche ausgedehnt und auf die Knäueldrüsen hinübergegriffen hatte. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Psorospermosis (Darier), von Ernst Schwimmer. (*Bibliotheca med.* D. II. Heft I. 1894.) Schwimmer beschreibt einen von ihm längere Zeit beobachteten Fall, zu dessen Illustration seiner Arbeit eine getreue Abbildung beigegeben ist; die Patientin, 40 Jahre alt, zeigte fast die ganze Körperoberfläche mit Knötchen und Knoten bedeckt, die ziemlich stark prominierten und braun bis lilafarben aussahen; die Bildungen erschienen teils vereinzelt, teils in dichten Aneinanderreihungen in Form von Wülsten und Schnüren, die durch einzelne tiefe Furchen getrennt waren; die einzelnen Knötchen erschienen teils abgeflacht, teils gedellt, von fettigem oder verhorntem Ansehen. Am meisten befallen waren Nacken und Genitalpartien, Achselhöhlen, Bauch, Gelenkbeugen, Schläfen (in absteigender Reihenfolge). Verfasser bespricht die von den Autoren bisher beschriebenen ähnlichen Fälle, vor allem eingehend den pathologisch-anatomischen Befund. Am wesentlichsten sind die Veränderungen in Hornschicht und Rete; der ganze Prozefs charakterisiert sich als eine auffällige Verhornung der Epidermis, als ausgesprochene Hyperkeratose. Die Behauptung von der parasitären Natur der „runden Körper" findet keinerlei Stütze. Die Therapie war erfolglos.

F. Hahn-Bremen.

Über Krebs und krebsartige Krankheiten, von S. G. Shattock. (*Brit. med. Journ.* 19. Mai 1864.) Wenn der Krebs eine mikroparasitäre Krankheit wäre, so müfste es möglich sein, dieselbe experimentell auf andere Individuen zu übertragen. Verfasser hat mit Dr. Ballance in dieser Richtung Experimente gemacht und Stücke von frisch entferntem Brustkrebs in die Bauchhöhle, das subkutane Gewebe, die Muskeln, vordere Augenkammer verschiedener Tiere eingepflanzt. Das Resultat war in allen Fällen ein negatives. Es ist bis jetzt nicht gelungen, das menschliche Carcinom auf irgend eines der niederen Tiere zu übertragen. Wohl aber können Transplantationen von einem Tiere auf ein anderes derselben Art gemacht werden. Die positiven Resultate folgen hier jedoch mehr den Gesetzen der Transplantation, als der gewöhnlichen Infektion. Sie zeigen, dafs Partikelchen eines wachsenden Carcinoms, wenn auf ein zweites Individuum übergeimpft, bei diesem ebenso weiter wächst, wie es bei dem ersten wachsen würde. Um zu beweisen, dafs der Krebs infektiöser Natur ist, ist es notwendig, das Kontagium zu isolieren und mit demselben

die Krankheit hervorzurufen. Dr. Ballance und Verfasser haben in dieser Richtung eine lange Reihe von Experimenten angestellt, sind jedoch zu negativen Resultaten gelangt. Ein spezifisches Mikrophyton konnte also bis jetzt aus carcinomatösen Geschwülsten nicht rein gezüchtet werden. Dies führt den Verfasser dahin, die Mikrozoentheorie zu bestreiten, nach welcher das Wachstum des Carcinoms der Wirkung eines spezifischen Protozoons zuzuschreiben wäre. *C. Berliner-Aachen.*

Ist Krebs erblich? von W. Hardmann. (*Brit. med. Journ.* 23. Juni 1894.) Verfasser hatte ein junges Mädchen in Behandlung, das aus einer Familie stammte, in welcher nach den Angaben der Grofsmutter der Patientin der Krebs sich durch fünf Generationen vererbte. Der Vater, Grofsvater und drei Brüder der Grofsmutter litten am Krebs der Lippe, bezw. der Hand. Die Mutter des Mädchens starb an Carcinoma uteri. Sie alle lebten in verschiedenen Häusern. *C. Berliner-Aachen.*

Ist Krebs kontagiös? von J. W. Baker. (*Brit. med. Journ.* 23. Juni 1894.) Ein ausgezeichneter Arzt im Hospital zu Manchester verband täglich eine an Brustkrebs leidende Patientin auf deren dringenden Wunsch, bis sie nach ungefähr einem Jahre starb. Kurze Zeit später erkrankte der Arzt an Blasenkrebs und starb nach Verlauf von zwei Jahren.

Ein anderer Arzt behandelte seine eigene, an Krebs leidende Frau. Dieselbe starb im Februar 1888. Im August desselben Jahres starb ihr Gatte an derselben Krankheit. *C. Berliner-Aachen.*

Bemerkungen zur Ätiologie des Krebses, von Cattle. (*Brit. med. Journ.* 21. April 1894.) Verfasser untersucht, inwieweit Erblichkeit oder ererbte Disposition, oder das Alter und Geschlecht einen Einfluſs auf die Entstehung des Krebses ausüben. Chronische Entzündung oder langdauernde Reize geben, unterstützt von erblicher Belastung oder senilem Marasmus, ätiologische Momente für die Entwickelung des Krebses ab. In einigen seltenen Fällen soll Krebs auf lange fortgesetzten Gebrauch von Arsenik entstanden sein.

Für die Ätiologie sind die Prädilektionsstellen, ferner die geographische Verbreitung der Krebsentwickelung von Interesse. In Europa soll der Krebs ungleich häufiger auftreten, als in anderen Erdteilen. Einige Autoren glauben, daſs die niedriger gelegenen Ortschaften, namentlich die ländlichen Distrikte häufiger von Krebs heimgesucht werden, als die höher gelegenen und die Städte.

Verfasser erörtert dann eingehend die Frage, ob es sich beim Krebs um eine spezifische, durch ein bestimmtes Agens, einen pflanzlichen oder tierischen Mikroparasiten hervorgerufene Krankheit handelt. Die Frage selbst nach der einen oder anderen Seite definitiv zu entscheiden, vermag auch der Verfasser nicht.

C. Berliner-Aachen.

Keratosis und Krebs infolge von langandauerndem Arsengebrauch, von Jonathan Hutchinson. (*Arch. of surg.* 1894. Bd. V. S. 389.) Die seit Jahren von H. aufrecht erhaltene Behauptung, daſs der Mifsbrauch von Arsen zur Keratosis und Krebsbildung führen kann, erhält durch die mitgeteilten Fälle eine neue Stütze.

Türkheim-Hamburg.

Babes und Stoicesco haben in zwei Fällen **auf Grund der mikroskopischen Untersuchung kleiner subkutaner metastatischer Geschwülstchen die Diagnose von Carcinom innerer Organe** (Magen und Uterus) fortgesetzt. (*Progrès méd.* 1895. No. 8.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Epitheliome der Gesichtshaut, von Lagoutte. (*Lyon. méd.* 1894. No. 48 bis 51.) Verfasser unterscheidet vor allem die Epitheliome der Gesichtshaut

von denen der Schleimhäute. Beide entwickeln sich in der zweiten Lebenshälfte und besonders bei Landleuten. Heredität scheint keine Rolle zu spielen. Während der Lippenkrebs meist bei Männern beobachtet wird, findet man das Epitheliom der Gesichtshaut bei beiden Geschlechtern gleich häufig vor. Oft tritt es an Stellen auf, wo bereits andere Läsionen (Naevus, Narben, Lupus etc.) vorhanden waren. In klinischer Hinsicht kann eine schwerere, vegetierende, rasch verlaufende, mit frühzeitigem Ergriffenwerden der Lymphdrüsen einhergehende und eine leichtere, oberflächliche, langsam verlaufende Varietät unterschieden werden. Zwischen diesen beiden Formen existieren eine Reihe von Zwischenstufen. Auf Nase und Wange wird das gutartigere, am Ohr, den Augenwinkeln und den Nasenflügeln das bösartigere Epitheliom beobachtet. Unter gewissen Umständen nimmt das Kankroid eine besondere Verlaufsweise an und geht z. B. eine melanotische Umwandlung ein, wenn es sich auf einem Naevus entwickelt. Anatomisch lassen sich die Epitheliome unterscheiden in solche mit Entwickelung von Hornsubstanz, lobuläre (die meisten Lippencarcinome) und in solche, wo diese Hornsubstanzbildung fehlt, tubuläre. Erstere nehmen ihren Ursprung im Malpighischen Körper, letztere haben eine glanduläre Abstammung (Knäuel- und Talgdrüsen). Bei der Therapie ist zu beachten ob die Neubildung oberflächlich oder tiefergreifend ist. Im ersteren Falle ist die Anwendung von Kalium chloricum, Resorcin, Anilinfarben etc., im letzteren nur die Excision indiciert. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Zur Frage der spontanen Heilbarkeit des Krebses beim Menschen mit Demonstration, von Emil Senger-Krefeld. (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie XXIII. Kongreſs vom 18.—21. April 1894.) Der Vortragende exstirpierte die Hälfte eines Tumors, der sich um einen Zahnstumpf entwickelt hatte, extrahierte letzteren, und sah die andere Hälfte sich spontan zurückbilden. Das exstirpierte Stück zeigte histologisch zweifellos Carcinom, welches auch in das präformierte Gewebe hineingewuchert war. Der Vortragende erörtert im Anschluſs hieran die Möglichkeit der Rückbildung des Carcinoms, wenn man für letzteres das histologische Bild für maſsgebend erachtet.

Gussenbauer verhält sich gegen diese Ausführung durchaus ablehnend. Die Diagnose „Krebs" muſs klinisch gestellt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Sporozoa in Sarkom, von J. Jakson Clarke. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1894. No. 20.) Die erste Erwähnung von Sporozoen in Verbindung mit Sarkomen findet man bei J. S. Cobbold. Diese blieb vereinzelt, bis der Verfasser 1892 dieselbe Thatsache mitteilte, ohne die vorausgegangene Arbeit von Steinhaus zu kennen. In diesem Artikel giebt der Verfasser seine Befunde wieder, vergleicht sie mit den Befunden anderer Autoren (Pawlowsky, Lindsay Steven und Brown, Soudakewitsch) in Carcinomen und erläutert seine Ansichten durch Abbildungen. Die von ihm als Sporozoen angesehenen Gebilde stimmen in ihren hauptsächlich charakteristischen Eigenschaften mit den als solchen anerkannten Sporozoen, wie man sie z. B. im Ureter findet. Intracelluläre, freie und sporende Formen können leicht erkannt werden. Sie finden sich in den meisten Sarkomarten. Verfasser hat sie in Myeloid-Sarkomen der Knochen, endoostalen und periostalen, in Alveolärsarkomen der Haut, Lymphosarkomen des Mediastinums, Rundzellensarkomen des Testis etc. gefunden. Die Zahl der Gebilde ist proportional der Schnelligkeit des Wachstums des Tumors. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Sarkomsporozoen, von Vedeler. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1894 No. 21.) Der Verfasser schildert eingehend die Vorgänge an den von ihm in Sarkomzellen gefundenen Protozoen unter Beifügung kolorierter Abbildungen (Hämatoxylin-

Eosinfärbung). Auf Grund seiner Untersuchungen glaubt er, es als feststehend hinstellen zu können, dafs das im Sarkom lebende Sporozoon morphologisch verschieden ist sowohl von dem, welches sich im Plattenepithel findet, als auch von dem Sporozoon im kubischen und cylindrischen Epithel bei Carcinom. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein an der Stelle einer frischen Fraktur sich entwickelndes Sarkom, von P. Rhys Griffiths-London. (*Brit. med. Journ.* 26. Mai 1894.) Ein 21jähriger junger Mann stürzte auf dem Eise hin und brach sich den linken Oberschenkel an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel. Die Fraktur war nach Verlauf von sieben Wochen vollständig abgeheilt. Etwa drei Wochen später, also zehn Wochen nach Eintritt des Unfalles, wurde eine Schwellung an der Bruchstelle bemerkt, die in der Folgezeit rapide an Gröfse zunahm. Der Patient verweigerte die Operation und ging schliefslich nach sieben Monaten an Marasmus zu Grunde.

Die Sektion bestätigte die Diagnose. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein kleinzelliges Spindelzellensarkom. *C. Berliner-Aachen.*

Im Anschlufs an den Bericht von Professor Lassar über die Heilung eines auf der Basis eines Pigmentmales entstandenen malignen **Melanoms** durch Arsenik legt Virchow in der Berliner medizinischen Gesellschaft, Sitzung vom 25. Juni 1894, ein **Sarcoma fusocellulare** vor. Bei einem 50jährigen Manne war ein Tumor am Handrücken operativ entfernt worden. Später entwickelte sich eine kindskopfgrofse Geschwulst der Axeldrüsen und eine grofse Zahl kleiner, mammillenartiger Tumoren über der Brust, bestehend aus einer zentralen, flach rundlichen Protuberanz und einem breiten, graubraunen, mit Unebenheiten (Talgdrüsen) bedeckten Hof. Mikroskopisch findet man papillär angeordnete Epidermis mit Pigment in den tieferen Schichten und eine keilartige Geschwulst in der Cutis. Die Zellen des Tumors sind spindelförmig. Zahlreiche Knoten finden sich auch in Lunge und Leber. Der Axillartumor ist fettig degeneriert (Fischmilchtumor der alten englischen Autoren.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von vielfachen Hautsarkomen, von Abramitscheff und Semenoff. (*Russkaia Medizina.* 1894. S. 6, 29, 59.) Bei einem 24jährigen Menschen kam es nach lang anhaltenden neurasthenischen Beschwerden zu einer allgemeineren Hautsarkomatose, die schliefslich zum Tode führte. Man zählte am Kopf, Hals, Brust, Leib und Rücken zusammen 347 Tumoren von zum Teil recht beträchtlicher Gröfse. Die Extremitäten waren dagegen ganz frei. Bei der Sektion zeigte sich das Peritoneum mit zahlreichen grauen Knötchen besetzt. Milz, Leber und Nieren waren normal. Die Knötchen sowohl, wie auch die Hauttumoren waren sarkomatöser Natur.

Türkheim-Hamburg.

Leucaemia cutis, von Riehl. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 1.) Eine an Leukämie leidende Patientin zeigte eine Reihe von Hautveränderungen. Zunächst war im Nacken ein ekzemähnlicher Ausschlag mit starkem Jucken aufgetreten, der sich über den ganzen Körper ausdehnte; Spannung, stellenweise starke Verdickung, Druckempfindlichkeit der Haut, an Berührungsstellen zeitweilig Nässen. Im Gesichte springen wulstartige Hautfalten, getrennt durch tiefe Furchen, vor; jedoch sind diese Verdickungen nirgends scharf begrenzt, geschwulstartig. Kratzeffekte, hämorrhagische Flecke treten hervor.

Die histologische Untersuchung der Haut zeigt grofse Variationen an den verschiedenen Stellen. Das wesentlichste war ein leukämisches Infiltrat, besonders in den mittleren Teilen des Coriums. Die Infiltrate bestehen aus verschieden grofsen Rundzellen mit einfachem, aber grofsem Kern und wenig Protoplasma, eingelagert in ein Reticulum. Im Beginne findet man die Rundzellen nur in der Nähe der Gefäfse und

rings um die Knäueldrüsen. In den gröfseren Herden auch Bindegewebszellen, in den dichteren Infiltraten mit weifsen Blutkörperchen gefüllte Lymphgefäfse. Die Infiltrate nirgends scharf begrenzt, von groben Bindegewebszellen durchzogen. Elastische Fasern gut erhalten. An allen Hautstücken, namentlich im Papillarkörper, Ödem; auch im Rete ödematöse Quellung.

Die diffuse Ausbreitung der Hautveränderungen, das Fehlen von Knoten und Geschwulstbildungen zeichnen den Fall aus. Man könnte also eine knotige und diffuse Form der Hautleukämie klinisch trennen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kenntnis der Verrucae planae juveniles, von K. Herxheimer und Marx. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 30.) Verfasser berichten über 29 Fälle dieser Hautaffektion, wovon 23 vollkommen geheilt wurden, 4 wurden gebessert und blieben dann weg, 2 standen noch in Behandlung. Im Gegensatze zu Kühnemann, der jedoch nur ein Exemplar untersucht hat, behaupten die Verfasser, dafs die juvenilen, flachen Warzen eine besondere Neubildung sind; wenn auch die Histologie keine differential diagnostischen Merkmale aufweise, sei doch das klinische Bild, der Verlauf und die Therapie eigenartig genug, um sie von den Verrucae vulgares abzusondern. Die geschilderten 29 Fälle haben eine Anzahl Punkte gemeinsam. Zunächst das Alter, welches zwischen 1½ und 25 Jahren schwankt. Sodann ist der Sitz charakteristisch, indem nur Gesicht, und Hand- resp. Fingerrücken befallen sind. Auch die Farbe ist charakteristisch; sie ist gelblichbraun bis braunrot, bei jüngeren Individuen scheint sie mehr gelblich zu sein. Durch diese Farbe und die plane Form der nur wenig über das Hautniveau elevierten Geschwülstchen, die öfter im Zentrum gedellt sind, und die glatte, glänzende Oberfläche ist wohl schon öfter die Affektion mit Lichen ruber planus verwechselt worden. Gröfse und Gestalt der Wärzchen sind sehr verschieden; erstere schwankt zwischen Hirsekorn- und Erbsengröfse; letztere kann kreisrund, oval oder polygonal sein. Diese Warzen erscheinen nur selten vereinzelt, gewöhnlich in gröfserer Anzahl. Manchmal treten sie zusammen mit gewöhnlichen Warzen auf. Von letzteren unterscheiden sie sich noch ganz besonders durch die Therapie. Nach den von Herxheimer und Marx beobachteten Wirkungen in einer relativ grofsen Zahl mufs man den Arsenik als zuverlässiges Heilmittel bei den Verrucae planae juveniles annehmen, wobei die Einverleibungsform (per os oder subkutan) gleichgültig ist. Dagegen sollen gewöhnliche Warzen durch Arsenik nicht günstig beeinflufst werden.

Die Arsenbehandlung mufs unter Umständen lange fortgesetzt werden, eventuell monatelang. Bei jungen Individuen scheint die Heilung schneller vor sich zu gehen, als bei älteren.

Schliefslich wird hervorgehoben, dafs eine Selbstheilung der Verrucae planae juveniles zweifellos stattfinden kann. *Neuhaus-München.*

Severeanú berichtet über einen Fall von **schmerzhaftem Lipom** der Regio deltoidea dextra. Der Tumor (in der Gröfse einer Mandarine) hatte sich bei dem 47jährigen Manne nach einer allzu kräftigen Umarmung durch einen Freund sehr rapid entwickelt und war von Anfang an schmerzhaft gewesen (spontan und besonders auf den leisesten Druck), weshalb die Diagnose einige Schwierigkeit darbot bezüglich der Natur des Tumors, welche erst durch das Mikroskop festgestellt wurde. (*Progrès méd.* 1894. No. 30.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Middleton stellt in der Glasgow medico-chirurgical Society (*Glasg. med. Journ.* September 1894) einen **Fall von subkutanen, rheumatischen Knötchen** bei einem Herzkranken vor. Dieselben sind über den Fingergelenken, dem Processus styloideus

ulnae und dem linken Ellenbogen gelegen, leicht beweglich, vollkommen schmerzlos und werden als pathognomisch für das den Rheumatismus bedingende Gift gehalten. In zweifelhaften Fällen sollen sie diagnostische Bedeutung besitzen.

H. Einhorn-München.

A. W. Russel zeigt in der Glasgow pathological and clinical Society, Sitzung vom 9. April 1894, ein **aus der Wange einer 74 Jahre alten Frau entferntes hornartiges Gebilde** von epithelialer Struktur, 17 mm Länge und 2,5 cm basaler Cirkumferenz. Die Entstehung desselben aus einer rupturierten Talgdrüsencyste wird ausgeschlossen. Das Epithel stammt hauptsächlich vom Rete Malpighii und vom Epithel der Haarfollikel. Keine Papillen an der Basis. *H. Einhorn-München.*

Ungewöhnlich grofse Analfibroide, von K. Franks-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 3. November 1894.) Der 66jährige Patient, der früher an Obstipation gelitten und viel Medizin dagegen eingenommen hatte, leidet seit 20 Jahren an einem Prolapsus recti, der stets bei der Defäkation austrat, den er jedoch ohne Schmerzen selbst reponieren konnte. Am 19. Juni dieses Jahres war Patient zum ersten Male aufser stande, dies zu thun. Daraufhin begab er sich in die Behandlung des Verfassers. Dieser konstatierte bei der Untersuchung des sehr gealterten, blinden, blassen Mannes grofse, mehr oder weniger gestielte, den Anus vollständig umgebende Tumoren. Einen Prolapsus der Eingeweide konnte man den Zustand nicht nennen, da die Fibroide augenscheinlich vom Afterrande aus wuchsen. Wenn man sie ein wenig zur Seite zog, dann wurde die Schleimhaut des Rectums deutlich sichtbar. Dieses war nicht prolabiert, sondern nur durch das Gewicht der Tumoren herabgezogen. Dieselben wurden ziemlich leicht und mit geringem Blutverluste operativ entfernt. Der Patient, der schon mehrere Jahre gleichzeitig nieren- und blasenkrank war, starb 14 Tage später an urämischen Erscheinungen. Die mikroskopische Untersuchung der Tumoren ergab, dafs dieselben aus losem, fibrösem Bindegewebe zusammengesetzt waren.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von **kongenitalem Xanthoma multiplex**, von W. D. James-Sheffield. (*Brit. med. Journ.* 13. Oktober 1894.) Verfasser sah das mit der Hautaffektion behaftete Mädchen zum ersten Male, als es 18 Monate alt war. Dafs das Xanthom kongenital ist, unterliegt keinem Zweifel, da die Mutter des Kindes erzählte, sie hätte laut aufgeschrieen, als die Hebamme das so entstellte Kind zu ihr ins Bett gelegt hätte.

Gegenwärtig ist die kleine Patientin 3½ Jahre alt. Plaques sieht man am rechten oberen Augenlide, auf der rechten Seite der Nase, Oberlippe, am unteren Ende des Brustbeines, in der rechten Unterschlüsselbeingegend, auf dem Rücken, in der Gegend der Dorsalwirbelsäule, ferner in der linken Lumbarregion. Aufserdem befanden sich fünf auf der behaarten Kopfhaut. Sie stellten, als Verfasser sie zum ersten Male sah, scharf erhabene, hell fleischfarbene Massen dar, welche einige über die Oberfläche laufende Gefäfse zeigten. Die mikroskopische Untersuchung wurde nicht gemacht. Doch ist die Diagnose schon aus dem klinischen Bilde gesichert.

Von Interesse ist, dafs die Plaques, wie die Mutter angiebt, in den ersten zwei Jahren gewachsen sind, sich seitdem aber nicht mehr vergröfsert haben. Während der Zeit, wo das Kind sich im Kinderhospital befindet, wechselten die Plaques bezüglich ihrer Fülle in der Weise, dafs zu verschiedenen Zeiten verschiedene über die Hautoberfläche erhaben waren; zeitweilig waren sie völlig eben. Auch jetzt scheinen sie eine wirkliche Involution eingegangen zu sein; sie sind gar nicht erhaben, sehen aus wie gelbe, haarlose, dünne, atrophische Narben. Gelbsucht, Herzaffektion oder sonstige organische Krankheiten haben niemals bestanden.

C. Berliner-Aachen.

Xanthoma multiplex, von HASLUND. (*Hosp. Tid.* 1893. No. 16.) Die 42jährige Patientin hatte im letzten Jahre an Icterus im Anschlusse an einen Magenkatarrh gelitten; früher war sie immer gesund. Die Exkremente sind ein wenig bleich, der Harn dunkel; aber keine subjektive Empfindungen; die Funktionen sind in Ordnung Leber vergrößert, fühlt sich an der Oberfläche etwas granuliert an. Der Harn giebt Reaktion auf Gallenfarbenstoff. Das Xanthom fing vor etwa drei Monaten an den Händen an, hat später zugenommen. An beiden Händen finden sich Knötchen von Stecknadelknopf- bis Erbsengröße, besonders über und um die Gelenke gruppiert; strichförmig zusammengestellte Knötchen finden sich an den volaren Gelenkbeugen der Finger. Auch kleinere Knötchen am Unterarm, besonders am Ellenbogen, ebenso am Fußrücken und an den Unterschenkeln. Am linken unteren Augenlide ein gelbes weder erhabenes noch infiltriertes Fleckchen. Jodkalium und später Phosphor und Terpentin hatten keine heilende Wirkung. *Ludv. Nielsen-Kopenhagen.*

Ein Fall von Xanthoma multiplex planum et papulo-tuberosum im frühen Kindesalter, von LUDW. NIELSEN-Kopenhagen. (*Hosp. Tid.* 1893. No. 31.) Das 14 Monate alte Mädchen ist das einzige Kind einer gesunden Mutter und eines früher wahrscheinlich syphilitischen Vaters. Keines der Eltern soll Xanthom gehabt haben. Das Kind ist ausgetragen, künstlich ernährt, hat nicht Syphilis gehabt und soll im ganzen gesund gewesen sein, bis das jetzige Hautleiden im fünften Monate mit drei Flecken an der rechten Schulter anfing; später hat das Leiden gleichförmig zugenommen, jedoch nicht mehr in der letzten Zeit.

Die Efflorescenz bestand teils aus Xanthoma planum, teils — und am häufigsten — aus Xanthoma papulo-tuberosum von Hanfkorn-, Erbsen- oder Bohnen-Größe und von strohgelber oder mehr bräunlich-gelber Farbe; viele der Infiltrationen hatten eine etwas unebene Oberfläche, indem sie durch Verschmelzung minderer Knötchen gebildet waren. Die Efflorescenz war im ganzen ziemlich reichlich, zum Teil zerstreut, zum Teil mehr regionsweise zusammengestellt, ohne stark ausgesprochene Symmetrie. An den Wangen und an der Stirn einzelne Flecken; zahlreichere und mehr gruppenweise angeordnete Efflorescenzen am Nacken; am Truncus fanden sie sich besonders am obersten Teile, waren aber doch hier im ganzen spärlicher, reichlicher an den Extremitäten, besonders den unteren, am meisten an der inneren Seite des rechten Schenkels, einzelne Flecken an der linken Planta. Mehrere Knötchen an den Oberarmen, besonders um die Schultergelenke; ein einzelnes an der Flexorseite des linken Unterarmes. Die Hände waren frei, sowie die Augenlider, wie es am öftesten der Fall bei Xanthom im Kindesalter ist, wo ja die Krankheit überhaupt sehr selten vorkommt. Schleimhäute und tiefer liegende Gewebe sind nicht befallen. Leichte rhachitische Symptome abgerechnet, ist das Kind sonst gesund und in gutem Ernährungszustande. Die Funktionen sind in Ordnung; nichts Abnormes an den inneren Organen; kein Icterus. Der Urin ohne Albumen, Zucker oder Gallenfarbenstoff. Kein Zeichen von Syphilis. Von dem weiteren Verlauf der Krankheit ist nichts bekannt, da das Kind, welches zur poliklinischen Behandlung gebracht wurde, später ausblieb.
Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Ein Fall von Akromegalie mit Sektionsbefund, von R. BOLTZ. (*Jahrb. der Hamb. Staatskrankenanstalten.* Bd. III.) Der auf der Abteilung von EISENLOHR beobachtete Fall von Akromegalie betrifft eine 46jährige ledige Fischhändlerin, die an Hämatemesis infolge von Ulcus ventriculi zu Grunde ging. Das Gesicht, besonders der Unterkiefer, die Hände und Füße zeigen abnorme Größenverhältnisse. Die Haut zeigt hochgradige Anämie, zahlreiche Warzen, das Unterhautzellgewebe an Zehen und Fingern ist verdickt. Die Schamhaare steigen, wie beim Manne, in der Richtung der Linea alba zum Nabel hinauf. Die Nägel an den Fingern sind breit, flach, an den

Zehen verdickt, zum Teil krallenförmig. Die quergestreiften Muskeln sind degeneriert. Die Knochen zeigen: Verdickung des Schädeldaches, Zunahme der Gesichtsknochen, Verbreiterung des Sternums, starke Krümmung der Clavicula, Verknöcherung der Rippenknorpel, Verdickung der äufsersten Extremitätenknochen. Die Corticalis ist verdickt, elfenbeinhart, die Spongiosa gewuchert, wenig porös. Nur an einer Phalange eine kleine Exostose.

Die Thyreoidea ist in allen Dimensionen vergröfsert. Arteriosklerose. Degeneration des Herzmuskels. Die Hypophysis cerebri ist in einen kirschgrofsen Tumor von breiig weicher Konsistenz verwandelt, ein Adenom; der Keilbeinkörper ist entsprechend ausgehöhlt. Eine Sehstörung war klinisch nicht nachweisbar gewesen, wahrscheinlich, weil der sehr weiche Tumor keinen Druck auf die Optici ausübte. Bemerkenswert ist ein Exophthalmus, wie er auch schon in anderen Fällen gesehen ist. Vielleicht beruht dieser auf Sympathicusreizung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Akromegalie mit Gelenkerscheinungen, von G. S. Middleton-Glasgow. (*Glasg. med. Journ.* Juni 1894.) Verfasser beschreibt ausführlich die Krankengeschichte und den Status des 49jährigen Patienten, bei dem die Krankheit im 34. Lebensjahre begonnen zu haben scheint. Der Fall, der von verschiedenen Ärzten genau beobachtet und in seinen Details beschrieben worden ist, kann als Paradigma von Akromegalie angesehen werden. Ungewöhnlich waren

1. die Deformitäten der Gelenke;
2. die hochgradige Muskelatrophie an den Händen, analog der progressiven Muskelatrophie, welche nach der Beschreibung von Duchesnan der Entwickelung der Akromegalie vorangehen soll;
3. das Auftreten Raynaudscher Symptome, wenn auch in mäfsiger Form (Cyanose);
4. Nierenerscheinungen;
5. Die Neigung zu Erysipel etc.

C. Berliner-Aachen.

Über die Rolle der Klasmatocyten bei der Chromoblastose in der Addisonschen Krankheit, von Audry. (*Mercredi méd.* Juli 1894.) Verfasser hat bereits früher mit Lacroix die mikroskopische Untersuchung einer Pigmentgeschwulst des Gesichtes vorgenommen und gefunden, dafs sich das Pigment fast stets im Innern von Zellen befand, welche keine bestimmte Anordnung aufwiesen. Die Intensität der Pigmentation war eine verschiedene: in einer Gruppe von Zellen war dieselbe sehr bedeutend, indem sie hinten schwarz erschienen, keinen Kern und keine Zellfortsätze erkennen liefsen, aber an das angrenzende Gewebe feinkörniges Pigment abgaben Andere Zellen, und zwar bei weitem die häufigeren, zeigten eine sepiabraune Färbung, deutlich sichtbaren Kern und dicke, nach allen Richtungen abgebende, mit Anschwellungen versehene Fortsätze, die aber nirgends anastomosierten (Clasmatocyten von Ranvier). In den tieferen Hautschichten gruppieren sich beide Zellenarten um die Gefäfse.

In einem Falle von Addisonscher Krankheit fand nun Audry ganz analoge Verhältnisse.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Bericht über fünf zur Obduktion gelangte Fälle von Morbus Addisonii, von Adolf Posselt. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1894. No. 34ff.) Der Verfasser giebt hier fünf Krankengeschichten und Sektionsberichte, die viel des Interessanten bieten. Ich kann hier nur kurz die hauptsächlichsten Punkte der anatomischen Diagnose der Fälle wiedergeben:

1. 23jährige Näherin: Ulcus tonsill. sinistr. (Diphtherie), Sclerosis et Tyrosis apicis pulmon. sinistr. Pericarditis. Adenoma hepatis (?). Degeneratio glan-

dularum suprarenalium caseosa. Tumor lienis chron. Intermiscentia glandul. lymphat. Emollitio medullae spinalis. Morbus Addisonii.

2. 36jähriger Tagelöhner: Grofse, muskulöse Person; Schilddrüse grobkörnig, etwas kolloidhaltig; Milz etwas vergröfsert; Tyrosis glandul. suprarenalis. Morbus Addisonii.

3. 15jähriger Tagelöhnersohn: Schilddrüse klein, blutleer; Milz vergröfsert; Hypertrophia cerebri; Abscessus glandulae suprarenalis sinistr. Catarrhus intestinalis. Morbus Addisonii.

4. 46jähriger Schmied: Carcinoma glandulae suprarenalis sinistr. et pulmonis sinistr.; Emphysema pulmon. dextr.; Pneumonia desquamativa dextra; Degeneratio carcinomatosa vertebr. lumbal. secund.; Thrombosis ven. pulm. sin.; Morb. Addisonii.

5. 50jähriger Tagelöhner, angeblich krank seit einem Fall vom Heuboden. 1¼ Jahre vor dem Tode: Tuberculosis beider Nebennieren, namentlich der linken; Verkäsung zweier Lymphdrüsen unter der Haut der vorderen Brustwand; teilweise Verkalkung und Verkäsung mehrerer Lymphdrüsen der Radix mesenterii und an der Bauchaorta; ausgeheilte Tuberkulose der rechten Lungenspitze; Morbus Addisonii.

Aus dem Berichte ist folgendes hervorzuheben:

Bezüglich des Alters der an Morbus Addisonii Erkrankten ist der dritte Fall von Interesse, in dem das Leiden schon im zwölften Lebensjahre begann.

Da häufiger Männer betroffen werden, ist der erste Fall hervorzuheben, bei dem es sich um eine 23jährige weibliche Person handelt.

Die Ätiologie ist stets dunkel; ob der Sturz beim fünften Falle wirklich die Ursache war, ist nicht zu entscheiden.

Bei allen Fällen, mit Ausnahme des 15jährigen Knaben, bestand eine an Intensität zunehmende Bronzefärbung der allgemeinen Decke, die besonders Gesicht, Dorsalfläche der Hände, Hals, obere Thoraxpartien und Inguinalgegend, bei Frauen Warzenhöfe und Linea alba betraf. Beim vierten Falle wurde eine Aufhellung der Verfärbung beobachtet. Beim fünften Falle trat ein vorübergehendes, mäfsiges Hautödem von der stark verfärbten Leistengegend bis gegen die Hypochondrien zu auf, gleichzeitig mit erheblicher Verminderung der Diurese. Beim vierten und fünften Falle waren die Schleimhautpigmentierungen sehr ausgesprochen.

Ein besonders prägnantes Symptom ist die Muskelschwäche, die zuweilen im auffallenden Mifsverhältnis zu dem Ernährungszustande des Patienten steht.

Schmerzen in einem oder in beiden Hypochondrien und den Lendengegenden sind sehr häufig. Ob sie von den Nebennieren oder den sympathischen Nervengeflechten des Abdomens herrühren, ist fraglich. Beim vierten und fünften Falle war die Koincidenz des stärkeren spontanen und Druckschmerzes auf der Seite der allein oder stärker veränderten Nebenniere auffällig, so dafs beim letzten Falle aus dem Sitze des Schmerzes, aus der hochgradigen Druckempfindlichkeit der linken Nebennierengegend vermutet werden konnte, dafs die linke Nebenniere besonders ergriffen war. Die Sektion bestätigte die Vermutung. Leise, dumpfe Herztöne, kleiner, weicher Puls waren stets zu finden; Ohnmachtsanfälle, Schwindel zeigten drei Fälle, Cyanose, Ausbrüche kalten Schweifses je einer.

Die 23jährige Näherin bot eine hochgradige Druckempfindlichkeit der dorsalen Wirbelsäule, besonders des sechsten Brustwirbels, und gesteigerten Kniesehnenreflex. Diese Kranke und der dritte Fall zeigten Anomalien der Psyche, teils völlige Apathie teils depressive und melancholische Zustände. Der fünfte Fall mit dem raschen Krankheitsverlauf bot in schneller Folge Verworrenheit, Hallucinationen, Delirium, Sopor, Coma, Krämpfe. Subnormale Temperatur stellte sich bei zwei Fällen nach Diarrhoen, bei einem stetig ein.

Die Nebennieren waren in vier Fällen exquisit tuberkulös verändert; beim zweiten, dritten, vierten Falle war die Veränderung der Nebenniere der einzige pathologische Befund. Die carcinomatöse Degeneration beim vierten Falle ist besonders bemerkenswert, da das Carcinom der Nebennieren sonst bekanntlich selten zu dem Krankheitsbilde Veranlassung giebt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorläufiger Bericht über die Nebenniere und die Ursache der Addisonschen Krankheit, von Auld. (*Brit. med. Journ.* 12. Mai 1894.) Macht man einen frischen Schnitt in den Körper der Nebenniere, so fällt sofort der aufserordentliche Gefäfsreichtum der inneren Rindenschicht in die Augen. Derselbe kontrastiert sehr mit dem zarten Gewebe der Medulla auf der einen und mit der transparenten, gelblichen, äufseren Rindenschicht auf der anderen Seite. Das Blut scheint sich nahezu vollständig in dieser Zone angesammelt zu haben. Eine weitere Untersuchung ergiebt, dafs die Zellen, welche diese Schicht zusammensetzen, mehr oder weniger stark pigmentiert sind. Die Deutung dieser Pigmentzellen ist bis jetzt nicht genügend erörtert worden. In den vom Verfasser untersuchten Schnitten sieht man, dafs eine grofse Zahl roter Blutkörperchen ihren Weg in diese Zellen nehmen und (bei guten Färbemethoden) im Innern derselben in allen Stadien der regressiven Metamorphose angetroffen werden. Verfasser glaubt deshalb, dafs es zu den Funktionen der Nebenniere gehört, eine gewisse Klasse von roten Blutkörperchen zu zerstören, und wahrscheinlich geschieht dies unter dem Einflusse eines Ferments.

Die Medulla besteht aus drei Arten von Zellen: 1. polyedrische Drüsenzellen, schwach eosinophil und mit häufig sehr grofsen runden oder oblongen Kernen versehen; sie sind regelmäfsig in den Maschen des Netzwerkes angeordnet; 2. weitverzweigte Gebilde mit eigentümlichen Farbenreaktionen und ganz und gar nicht eosinophil. Dieselben scheinen modificierte Nervenzellen zu sein; 3. schliefslich Ganglienzellen, welche sowohl in dichten Haufen die Nervenfasern umgeben, als auch isoliert in den retikulierten Maschen auftreten. Zweifellos hat die Medulla die Aufgabe, die Qualität des Blutes noch einmal zu prüfen, ehe es in die Cirkulation eintritt. Das in der pigmentierten Zone gleichsam durch Filtration gereinigte Blut wird, indem es die Medulla passiert, arteriell und sauerstoffhaltig. Da die Nebennieren somit aller Wahrscheinlichkeit nach ein exzentrisches oder depuratives Organ darstellt, so werden bei Erkrankung derselben die Symptome, welche die Addisonsche Krankheit charakterisieren, erklärlicher. So kann u. a. die eigentümliche Hautpigmentation der Cirkulation gewisser Zersetzungsprodukte des Hämoglobins zugeschrieben werden.

C. Berliner-Aachen.

Weiterer Bericht über die **Nebenniere und die Veranlassung des Morbus Addisonii**, von A. G. Auld-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 6. Oktober 1894.) Wie die Schilddrüse als ein Appendix des respiratorischen Systems angesehen wird, so kann man die Nebenniere als Appendix des Nierengefäfssystems betrachten, welches gleichzeitig in naher Beziehung zu Teilen des Nervensystems steht. Die Funktionen der Nebenniere, soweit sie aus den bisherigen Untersuchungen sich ergeben, sind folgende: 1. die Zerstörung gewisser metabolischer Produkte, die zur Klasse der Ptomaine gehören; 2. die Verarbeitung eines Sekretes, welches bei der Blutbildung sehr wesentlich ist. Die Erkrankung, resp Zerstörung der Nebenniere hat zur Folge eine Autointoxikation und eine tiefe Alteration in der chemischen Zusammensetzung des Blutes, die wiederum unter anderen Schädigungen degenerative oder nutritive Veränderungen im Nerven- und Verdauungssystem und eine Störung des die Farbe regulierenden Metabolismus nach sich zieht. *C. Berliner-Aachen.*

Lentigo-Melanosis, von JONATHAN HUTCHINSON. (*Arch. of Surg.* 1894. Bd. V. S. 253.) Es ereignet sich zuweilen bei älteren Leuten, dafs Sommersprossen langsam eine melanotische Verfärbung eingehen. In den von H. beobachteten Fällen spielte sich der Prozefs mit Vorliebe an den unteren Augenlidern ab, doch hat er seinen Sitz auch an anderen Körperstellen. Die einzelnen Flecke vergrößern sich und fliefsen zusammen, dehnen sich auf die Conjunctiva und auch auf den unteren Rand der Cornea aus. Das alles vollzieht sich nur sehr langsam, innerhalb einer Reihe von Jahren. Daran schliefst sich dann aber bisweilen, wie H. mehrfach beobachtet hat, die Entwickelung bösartiger, ulcerierender, bisweilen krebsiger Neubildung, teils auf, teils neben der melanotischen Verfärbung. In einem solchen Falle hat H. die Geschwulst mit dem Messer entfernt; dieselbe zeigte einen sarkomatösen Bau, war aber frei von Pigmentierung. *Türkheim-Hamburg.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Elektrotherapie der Narben, von RUDOLF LEWANDOWSKI. (*Wien. med. Presse.* 1895. No. 2. *Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 21.) Um Narben schnell blafs und weich zu machen, Adhärenzen zu lösen, empfiehlt Verfasser die Galvanofaradisation. Anode des konstanten Stromes wird als 200 qcm grofse Elektrode auf das Kreuzbein gelegt. Die Kathode desselben Stromes wird mit der Anode des Induktionsstromes verbunden, dessen Kathode als 100 qcm grofse, runde Platte über die Narbe streichend geführt wird. Der konstante Strom weist 3—5—8 M.-A., der Induktionsstrom soll gerade Radialiszuckungen auslösen, jedoch wird erst allmählich auf diese Stromstärke gestiegen. Daneben, wenn nötig, Massage und passive Bewegungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.,

Über Striae distensae cutis, von H. SIEVEKING. (*Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanstalten.* Bd. III.) KIRSTEIN hat jüngst die „Striae distensae" (KÖBNER) an der Hand zweier Fälle beschrieben. Sie kommen meist bei Darmleiden vor, sind aber von REICHE auch bei Meningitis cerebrospinalis beobachtet. Die Richtung der Striae ist quer zur Körperachse, sie beruhen auf Auseinanderzerrung der fasrigen Bestandteile. Ursache ist nach ASCHERSON-HENOCH das Liegen mit gekrümmten Beinen, nach DUPUYTREN Wachstum des Körpers. Verfasser berichtet über einen Fall von Bildung der Striae bei Typhus abdominalis und aufserdem über den REICHEschen Fall, zwei Jahre nach der Krankheit. Im letzten Falle sind die Striae, die seiner Zeit am 67. Tage der Krankheit auf der rechten Seite beider Kniee auftraten, jetzt weifs, glänzend, in ihrer Struktur unverändert. Der Typhusfall, ein sehr schwerer, zeigte am 40. Tage Striae dicht oberhalb der Kniescheiben, symmetrisch, anfangs schmerzhaft, später schmerzlos. Später, acht Tage nach der endgültigen Entfieberung, erschienen neue Striae symmetrisch an der Dorsalfläche beider Fufsgelenke und asymmetrisch in der Mitte der linken Crista tibiae, alle $1^1/_2$—3 cm lang und $^1/_2$ cm breit. In beiden Fällen handelt es sich um jugendliche, in der Pubertät befindliche Patienten mit langdauernden Infektionskrankheiten. Beide haben meist mit flektierten Knien gelegen, über den Knien Striae bekommen, waren sehr abgemagert. Schmerzhaftigkeit ist nur im zweiten Falle konstatiert. Artificiell liefsen sich Striae zu derselben Zeit, wie der Versuch lehrte, nicht hervorrufen. Der im zweiten Falle nach einer intravenösen Infusion lange flektiert gehaltene, später massierte Ellenbogen zeigte keine Striae.

Im zweiten Falle traten neue Striae auf, als der Patient sich erholte, der Panniculus wieder zunahm. Zweifellos ist die mechanische Dehnung von Wichtigkeit bei der Entstehung. Es mufs aber wohl noch ein Moment mitsprechen. Flüssigkeitsverarmung kann es nicht sein; im ersten Falle bestand sogar hartnäckige Obstipation.

Bei Untersuchung von mehreren Tausend Kranken wurden leichtere Formen der Striae häufiger gefunden, so am Hals, Knie, in der Lumbalregion. Gut ausgeprägte Striae fand man nur zweimal. Einmal hatte Patientin sicher einen schweren Typhus überstanden, als sie 16 Jahre alt war; es ist also sicher das jugendliche Alter und die lange Krankheit von Bedeutung, denn dieselbe Person zeigte später keine Striae der Bauchdecken in der Gravidität. Der andere Patient starb an Pachymeningitis haemorrhagica. Der anatomische Befund ergab: Papillen im Bereiche der Striae abgeflacht, Epidermis schmal, elastische Fasern in den oberen Schichten gerade gestreckt, nicht gewellt, etwas dünner. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Beitrag zur Lehre von den Wachstumsstriae. von C. Vohwinkel. (*Festschrift d. ärztl. Vereins des Reg.-Bez. Arnsberg.* J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1893.) Der 14 Jahre alte Patient zeigte in der dritten Krankheitswoche an beiden Oberschenkeln einige Centimeter oberhalb des Knies und am Rücken querverlaufende rote Streifen, ganz ähnlich jungen Schwangerschaftsnarben. Es sind diese Streifen hervorgerufen durch Zerrung der Haut infolge des bedeutenden Skelettwachstums während der langen fieberhaften Erkrankung. (Sollte dies eine so seltene Beobachtung sein? Während der grofsen Hamburger Typhusepidemie 1887/88 meinen wir derartige Dinge gar nicht selten gesehen zu haben, allerdings nur an den Beinen.)

F. Hahn-Bremen.

Zur Technik der Hämorrhoidalknotenoperation, von N. Trinkler. (*Centralbl. f. Chir.* 28. Juli 1894.) Die üblichen Methoden der Hämorrhoidenoperationen sind: 1. Ligatur; 2. Thermo-Galvanokauterisation; 3. Excision der Schleimhaut und Naht; 4. forcierte Dilatation. Verfasser dilatiert, ligiert und kauterisiert. Wegen der heftigen Schmerzen nach Einlegung des Tampons durchtrennt er den Sphinkter von oben-innen nach unten-aufsen. Dann kann man grofse, schmerzlose Tampons einlegen, die Darmgase können entweichen, was eine grofse Erleichterung für den Patienten ist, die Sekrete fliefsen bequem ab; zudem erlaubt die Beobachtung des Aussehens der Schnittwunde die Beurteilung des durch den Tampon gedeckten Operationsfeldes. Bei vorhandenem Prolaps verhütet der Sphinkterschnitt denselben, ihm seine Stütze nehmend. Der Einschnitt heilt stets anstandslos.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Soldani berichtet (*Rif. med.* 1894. No. 189—191) über zehn Fälle von **Unterschenkelvaricen,** die er durch Sektion und Resektion der ektasierten Venen behandelte und definitiv heilte. Die Methode ist folgende: Der Patient steht zunächst in aufrechter Stellung, wobei die Varicen besser hervortreten; die am meisten prominierenden werden bezeichnet. Nach Incision der Haut wird die betreffende Vene stumpf herauspräpariert, doppelt unterbunden und das dazwischenliegende, bald kürzere, bald längere Stück mit der Schere abgetragen. Die Ligaturfäden bleiben liegen, die Hautwunde wird vernäht. Gröfsere Venen werden, zur Vermeidung der Bildung von Kollateralen, an mehreren Orten in der beschriebenen Weise behandelt.

Die Methode ist bei Anwendung der nötigen antiseptischen Mafsnahmen ganz gefahrlos und entschieden jeder anderen (Ligatur, Akupressur, Cauterium actuale und potentiale, Galvanopunktur, Injektion koagulierender Lösungen) vorzuziehen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Morreschi hat zwei Fälle von **Ulcus varicosum cruris** nach folgender neuen Methode behandelt: Er machte ca. 4 cm oberhalb und 4 cm unterhalb des Ulcus je eine cirkuläre Incision (wie bei Amputationen) bis auf die Aponeurose, welche aber gänzlich unverletzt bleiben mufs. Nach jeder Incision werden sämtliche durchschnittenen und undurchschnittenen Venen unterbunden. Erfolgte eine beträchtliche Retraktion der Wundränder, was bei der verdickten Haut gewöhnlich nicht der Fall,

so können jene mittelst Nähten vereinigt werden. Verfasser zieht aber eine Wundheilung per secundam intentionem vor. Mit seiner Methode erreicht M. folgendes: 1. Aufhebung der superficiellen venösen Cirkulation zwischen den beiden Incisionen und Unterbrechung der Flüssigkeitssäule, welche die venöse Cirkulation in den Beinen hemmt. 2. Volumverminderung, event. Obliteration der ektasierten Venen.

Verfasser hat nacheinander alle ihm bekannten Methoden der Varicenbehandlung durchprobt; keine aber hat ihm so günstige Resultate geliefert, wie die beschriebene. (*Rif. med.* 1894. No. 273.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Behandlung chronischer Unterschenkelgeschwüre durch statische Elektricität, von Doumer. (*Sem. méd.* 1894. No. 47. *Allg. med. Centralztg.* 1894. No. 84.) Den durch Franklinisation erzeugten elektrischen Wind wandte Verfasser bei der Behandlung chronischer Unterschenkelgeschwüre in folgender Weise an: Nach antiseptischer Reinigung des Unterschenkels wird dieser mit hydrophiler Baumwolle bedeckt. Der Patient wird auf den Isolierschemel gesetzt, mit dem negativen Pol der Influenzmaschine verbunden, worauf der Wunde der positive Pol genähert wird, ohne dieselbe zu berühren; darauf Verband. Die Sitzungen werden einmal wöchentlich zehn Minuten lang vorgenommen, der Verband zweimal wöchentlich gewechselt. In den Fällen, wo Geschwüre bei vorhandenen Gefäßerweiterungen gewöhnlich im Anschluß an ein Trauma entstanden waren, trat schnell Besserung ein, Jucken, Schmerz, Rötung und Schwellung der Umgebung schwanden, die Venen wurden enger, die Wunde zeigte Tendenz zur Vernarbung. Wo es sich um ältere oder mit chronischen Leiden behaftete Patienten handelte, war der Erfolg kein so schneller. Unfehlbar ist die Behandlung nicht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fazio giebt die klinische Beschreibung eines Falles von **Sklerodermie** bei einer 19jährigen Patientin. Lokale Temperatur 23° C. Besserung durch kombinierte Anwendung von Massage und Elektricität [faradischer und galvanischer Strom]. (*Rif. med.* 1895. No. 12.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Sklerodermie spricht Berthold Beer im Wiener medizinischen Klub, Sitzung vom 24. Oktober 1894, unter Demonstration eines 49jährigen Patienten mit Sclerodermie en cuirasse, Dupuytrenschen Kontrakturen an beiden Händen und Rumination. Jede Aufregung bedingt eine Verschlimmerung des Zustandes. Ein anderer Fall, den der Verfasser gesehen, betrifft einen 39jährigen Patienten mit hochgradiger Sklerodermie, hochgradigem Muskelschwund, Kontrakturen; die Haut war mumienhaft, zeigte zahlreiche Rhagaden. Es bestanden aus dem Kindesalter Residuen eines Hautskleroms; diese, wie die Sklerodermie, wurden durch Massage beträchtlich gebessert. In einem weiteren Falle war ein Druckverband Ursache der Sklerodermie und einer Muskelatrophie; der Fall wurde geheilt. Im vierten Falle bildete sich Sklerodermie an den Hautstellen vorwiegend aus, die starkem Drucke ausgesetzt waren; die sklerodermatischen Stellen waren stark pigmentiert. Daneben waren Exophthalmus und Tachykardie vorhanden. Thiosinamininjektionen riefen starke Ödeme hervor. Massage brachte auch hier wesentliche Besserung. Der fünfte Fall betrifft eine Patientin, die wiederholt an Urticaria und Schilddrüsenschwellung gelitten hatte, gegenwärtig Schilddrüsenatrophie aufweist. Die Sklerodermie begann hier über den Venen des Handrückens.

Verfasser hebt den Einfluß des Druckes, der Massage entzündlich-ödematöser Gebilde auf die Entstehung einer Sklerodermie, sowie das Zusammentreffen mit Exophthalmus und Tachycardie als bemerkenswert hervor. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 45.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Klinik der Sklerodermie spricht GUSTAV SINGER im Wiener medizinischen Klub, Sitzung vom 31. Oktober 1894. Drei Theorien sind für die Entstehung der Sklerodermie aufgestellt worden. Die eine nimmt anatomische Veränderungen im zentralen und peripheren Nervensystem als Ursache an, sich auf anatomische Befunde stützend, die zweite dagegen eine parasitäre Ursache (HOPPE-SEYLER). Die dritte Theorie führt die Sklerodermie auf konstitutionelle Anomalien zurück, ohne über eine bestimmte Grundlage einig zu sein. Der Verfasser berichtet über eine in der KAPOSIschen Klinik beobachtete 57jährige Frau mit ausgebreiteter Sklerodermie und starker Pigmentierung. Die Haut war starr-glänzend, vielfach fixiert, die Motilität erheblich eingeschränkt. Lokale Besserung unter lauwarmen Bädern und Massage, aber Verschlimmerung des Allgemeinbefindens, Tod durch Nephritis. Die Sektion ergiebt eine Schrumpfung des rechten Lappens der Schilddrüse.

Zwischen Myxödem und Sklerodermie besteht nach dem Vortragenden eine beträchtliche Analogie. Die Sklerodermie tritt, wie das Myxödem, in unregelmäfsiger und diffuser Weise vorwiegend an der oberen Körperhälfte auf. Parästhesien und anderweitige Sensibilitätsstörungen finden sich neben der Sklerodermie auch bei Tetanie, Morbus Basedowii, Strumitis. Ein leichter Tremor war in dem geschilderten Falle vorhanden, wie beim Morbus Basedowii, dessen Beziehung zur Struma sicher ist. Wiederholt ist Sklerodermie mit Basedowscher Krankheit bei demselben Individuum gesehen; diese Koincidenz kann bei der Seltenheit der Sklerodermie keine zufällige sein. Dasselbe gilt für Myxödem und Basedow. Der Konnex der Sklerodermie mit letztgenannten Leiden ist daher wahrscheinlich, weshalb die Schilddrüsendarreichung auch hier ratsam wäre. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 11.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von Sklerodermie bei einem 12jährigen Knaben, von KRACHT. (*Compt. rend. de la Soc. de Derm. et des mal. vén.* Bd. II. S. 84.) Die Krankheit hat allmählich im Verlaufe eines akuten Gelenkrheumatismus eingesetzt und endete nach ungefähr zehnmonatlichem Bestehen durch Hinzutritt einer Pneumonie tödlich. Mit Ausnahme der Kopfhaut, der Handflächen und Fufssohlen war die ganze Haut, vorzüglich auf den Streckseiten, ergriffen, aber auch die Muskeln und die rechte Hälfte der Zunge waren in den sklerotischen Prozefs mit einbezogen. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Haut erwies sich die Hornschicht als unversehrt, die Papillen waren atrophiert, die elastischen Fasern der Cutis vermehrt; das subkutane Zellgewebe derb und das Fett geschwunden; die Drüsen waren atrophiert und die Gefäfse sklerotisch. Verfasser hält für Fälle von solcher Verallgemeinerung die Bezeichnung Sklerodermie für ungenau und zieht den von POSPELOFF vorgeschlagenen Namen Sklerom vor.

Türkheim-Hamburg.

Einen Fall von Sklerodermie demonstriert GEBERT im Verein für innere Medizin in Berlin, Sitzung vom 2. Juli 1894. Der 25jährige Patient bemerkt einige Wochen, nachdem er Scarlatina überstanden, das Auftreten quaddelartiger, roter, nicht juckender, wenig brennender Flecken, die bald spurlos schwanden. Drei Viertel Jahre darauf bemerkt er, dafs er den Kopf schwerer bewegen konnte, der Hals stärker, die Wangenhaut straffer wurde; keine subjektiven Beschwerden. Der Patient zeigt jetzt folgendes Bild: Haut des Gesichtes starr, straff, mattglänzend, leicht gerötet, Augenlider leicht geschwollen; Falte nicht aufhebbar, Stirnrunzeln nicht möglich, Mund kann nicht weit geöffnet werden. An Rumpf und Armen zahlreiche, verschieden grofse, kreise- oder bogenbildende Erythemflecke, teilweise ödematös, zeitweise schwindend, aber doch stationärer, als Urticariaquaddeln. Diese Flecke sitzen besonders in der Nähe verhärteter Haut, wie man sie an der vorderen Thoraxwand, an den Schultern, an den Oberarmen und besonders an der Aufsenseite der Ober-

schenkel findet. Beim Streichen über den Oberarm hat man das Gefühl, als ob auch Muskeln und Fascien mit ergriffen wären. Bei gestrecktem Unterarm fühlt man die Venen nicht als hervorragende Stränge, sondern als seichte Rinnen; ebenso erscheinen die Venae temporales. Der Leitungswiderstand ist an gesunden Stellen erheblich geringer, als an den skleromatösen. Sensibilität und Sekretion der Haut sind normal.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung von Myxödem mit Schilddrüsenextrakt, von SHATTUCK. (*Bost. med. and surg. Journ.* 22. Febr. 1894.) Bei drei Fällen von Myxödem ergab diese Therapie ein günstiges Resultat; bei dem vierten war sie erfolglos, doch war bei diesem letzten Falle die Diagnose nicht ganz sicher. Das Mittel wurde teils als Glycerinextrakt der Drüse, teils als trockenes Extrakt (Parke, Davis & Co.) gegeben. Von letzterem wurde als Maximaldose 0,9 zweimal täglich verabreicht, also etwa das Äquivalent von zwei Drüsen für den Tag; doch mufsten diese Gaben nach wenigen Tagen erheblich herabgesetzt werden, und 0,3—0,6 des trockenen Extraktes erwies sich als die vorteilhafteste Gabe. *Philippi-Nieheim.*

Myxödem auf seltener Basis, von KÖHLER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 41.) Der Verfasser stellte vor einigen Jahren in der freien Vereinigung der Chirurgen zu Berlin ein Myxödem bei syphilitischer Degeneration der Schilddrüse vor. Diese konnte aus anderen luetischen Symptomen erschlossen werden; spezifische Kur brachte damals Heilung bis auf einen bleibenden psychischen Defekt. Die Patientin starb später an Hirnsyphilis. Eine noch seltenere Ursache des Myxödems zeigte die jetzt vorgestellte, in einer Meierei beschäftigte Patientin, welche die typischen Erscheinungen des Myxödems zeigte. An der vorderen Halsfläche bestand ein wiederholt operierter, tiefgehender Eiterungsprozefs, der als Aktinomykose der Haut und Schilddrüse erkannt wurde. Nach Auslöffelung und Verschorfung heilte der lokale Prozefs. Die Erscheinungen des Myxödems sind seitdem zum grofsen Teil zurückgegangen, die in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigte Drüse, soweit sie nicht zerstört, erholt sich also wieder. Ein analoger Fall ist der von NEUDÖRFER publicierte: bei nur einseitiger Erkrankung der Schilddrüse war es doch zu Myxödem gekommen; dasselbe schwand nach operativer Entfernung der erkrankten Schilddrüsenhälfte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Myxödem (mit photographischen Abbildungen), von J. A. WESSINGER. (*New York med. Journ.* 28. Juli 1894.) Kurze Mitteilung über folgenden Fall: Eine 45jährige Dame mit recht typischen Erscheinungen von Myxödem erhielt etwa acht Wochen lang dreimal täglich 0,3 g des getrockneten Schilddrüsenpulvers (Parke, Davis & Co.) nebst Roborantien, wie Strychnin, Arsenik, Chinin und Eisen. Am Ende dieser Zeit hatte sie 7½ kg an Gewicht abgenommen (von 180 auf 165 Pfund) und konnte wieder allein gehen und ihre Hausarbeit, sowie etwas Gartenarbeit verrichten. Die Schilddrüse war bei ihr nach anfänglicher Schwellung schon vor Beginn der Behandlung nachweislich verkleinert. Einige Tage lang hatte das Pulver wegen gastrischer Störungen ausgesetzt werden müssen. *Philippi-Nieheim.*

Über acquiriertes und kongenitales Myxödem und den Gebrauch von Thyreoidextrakt, von G. W. CRARY. (*Americ. Journ. of the med. sciences.* Mai 1894.) Die Veränderung, welche das Myxödem hervorrufen kann, sind nach HUN und PRUDDEN folgende:

Die Haut. Loslösung der oberen Schichten des Coriums. Atrophie der Haarfollikel. Obliteration der Lumina der Schweifs- und der Talgdrüsen.

Die Arterien. Obliterierende Endarteriitis mit atheromatöser Entartung und stellenweise amyloider Degeneration.

Das Herz. Hypertrophie des linken Ventrikels. Interstitielle Myocarditis.
Nervensystem. Chronische diffuse Neuritis.
Nieren. Chronische Nephritis.
Blut. Verminderte Zahl der roten Blutkörperchen. Weifse Blutkörperchen normal. Verminderter Hämoglobingehalt.

Verfasser bespricht eingehend die Symptomatologie und Therapie des Myxödems und beschreibt mehrere Fälle aus seiner Praxis.

Die Wirkungen der Thyreoidtherapie fafst er dahin zusammen:

1. Steigerung der Temperatur.
2. Vermehrter Appetit und vollständigere Absorption der stickstoffhaltigen Nahrungsmittel.
3. Bei zu stark stickstoffhaltiger Nahrung Gewichtsverlust.
4. Bei ganz jugendlichen Individuen Wachstum des Knochengerüstes.
5. Deutliche Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes.
6. Vermehrte Aktivität der Schleimhäute, der Haut und der Nieren.

C. Berliner-Aachen.

Alex. Napier giebt einen genauen Bericht über **sieben Fälle von Myxödem, die unter Behandlung mit Schafschilddrüsensubstanz geheilt wurden.** (*Glasg. med. Journ.* August 1894.) Darreichung per os, roh, in fein verteiltem Zustand in einer Tasse Beaftea oder Fleischbrühe. Einmalige Dosis 2—2½ g (1 Lappen). Gesamtmenge bis zu 20 Lappen im Zeitraum von sieben Wochen. Nach Entlassung aus dem Spital wurden meist kleinere Dosen weitergenommen. Bedeutende Gewichtsabnahme, Steigerung der Diurese und der Harnstoffausscheidung.

H. Einhorn-München.

Immerwol berichtet (*La Médecine infantile.* Oktober 1894) über einen Fall von **Myxödem** bei einem vierjährigen Kinde, das nach erfolgloser innerer Darreichung von Schilddrüsensaft (nur vorübergehende Besserung) starb. Bei der Autopsie konstatierte man unter anderem das vollständige Fehlen einer Glandula thyreoidea, weshalb Verfasser für die Affektion die Kochersche Bezeichnung Cachexia thyreopriva derjenigen von Ord (Myxödem) und von Charcot (Cachéxie pachydermique) vorzieht. Die mikroskopische Untersuchung eines Hautstückes aus dem Vorderarme ergab: normale Epidermis, Cutis etwas verdickt, in den tieferen Lagen derselben kleinzellige Infiltration und Ödem. Im Unterhautzellgewebe Fettinfiltration, bestehend aus grofsen runden, in Bindegewebsstreifen gruppierten Fettzellen, welche in den tieferen Partien eine zusammenhängende Fettschicht bilden, die dreimal so dick ist, als Cutis und Epidermis zusammen. Keine Mucinreaktion. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Myxoedema infantile, von W. P. Northrup. (*Med. News.* 14. Juli 1894.) Bei der sechsten Jahresversammlung der „American Pediastrie Society" hielt N. einen Vortrag über obiges Thema und berichtete über folgende zwei Fälle: 1. Bei einem nunmehr neunjährigen Mädchen war bemerkt worden, dafs sie seit dem neunten Lebensmonate eigentlich sich nicht weiter entwickelt hatte. Der Kopf war grofs, das Haar dünn, die Nase eingedrückt, die Lippen dick und anämisch. Die Zunge war geschwollen, und es bestand ein intensiver Foetor ex ore. Die Fufssohlen waren trocken und pergamentartig. Aufser „Dada" konnte das Kind keine menschlichen Laute hervorbringen. Nach Darreichung von Glycerinextrakt von Schilddrüsen in Gaben bis zu 0,24 pro die trat eine ganz wesentliche Besserung ein, trotzdem die Behandlung einmal wegen eingetretener Pneumonie auch unterbrochen werden mufste.

Der zweite Fall betraf einen zwölfjährigen Knaben, bei dem die Symptome aber lange nicht so stark entwickelt waren. Bei diesem ist die Kur noch nicht beendet, hat allerdings noch keine eklatante Besserung bewirkt.

W. Osler berichtete über die erfolgreiche Behandlung eines dreijährigen Kretins; es fehlte nur die Vergrößerung der Schilddrüse. Im Laufe etwa eines Jahres war eine entschiedene Besserung eingetreten. Es waren anfangs Gaben von ca. ein Viertel Drüse pro Tag gegeben worden. 2. Bei einem 19jährigen Kretin ist die Behandlung nicht so erfolgreich gewesen, war aber auch nicht systematisch durchgeführt worden.

W. L. Carr schilderte auch einen Fall, bei welchem geistig und körperlich eine ausgesprochene Besserung durch diese Methode erzielt wurde, während Forchheimer über eine Beobachtung von hochgradiger, fast manischer Aufregung bei einem 19jährigen Kretin im Verlaufe einer solchen Kur berichtete. *Philippi-Nicheim.*

Im *Korrespondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1894, No. 16, richtet sich Markus gegen einen von Nordmann in demselben Blatte erschienenen und **„Zur Kasuistik der Ergotingangrän"** betitelten Aufsatz (vergl. Referat in dieser Zeitschrift. Bd. XX. pag. 518), worin dieser den Markusschen Fall von Gangrän' anf die Ergotinwirkung zurückführt. Er wiederholt, dafs der Urin seiner Patientin deutliche Zuckerreaktion zeigte und ist, hierauf gestützt, geneigt, die Gangrän als eine Folge des Diabetes zu betrachten, welcher viel häufiger zur Hautgangrän führt. In analoger Weise kann er sich nicht unbedingt der Ansicht N.'s über die Natur seines eigenen Falles anschliefsen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die diabetische Phlegmone und Gangrän, von Thelen. (*Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums des Vereins der Ärzte des Reg.-Bez. Düsseldorf.*) Man kann die Diagnose auf Diabetes oft einfach aus dem Aussehen einer Phlegmone stellen: dieselbe ist torpid, das Fieber gering, Schwellung und Rötung mäfsig; bei Incision entleert sich nur wenig Eiter, wohl aber findet man Unterhautbindegewebe und Fascien mifsfarbig und in Zerfall begriffen. Bei operativen Eingriffen mufs man vorsichtig sein, da oft die gesetzten Wunden nicht heilen, sondern weiter zerfallen. Vor allem mufs man eine antidiabetische Diät einleiten, um womöglich den Zucker zum Verschwinden zu bringen. Mehrere Krankengeschichten illustrieren das Gesagte. *F. Hahn-Bremen.*

Die Neurotomie bei schmerzhafter Gangrän bespricht Verneuil in der Académie de mèdecine zu Paris, Sitzung vom 3. Juli 1894.) Der Vortragende kritisiert eine Arbeit von Quénu über diesen Gegenstand. Dieser hatte bei einem bejahrten Patienten mit spontaner Gangrän der rechten unteren Extremität, da die Kräfte des Patienten eine Amputation nicht gestatteten, wegen der heftigen Schmerzen den Nervus popliteus internus und externus, sowie den Nervus saphenus internus durchschnitten. Die Schmerzen liefsen nach, aber auch der Allgemeinzustand hob sich, und die Gangrän begrenzte sich, trotzdem die Nerven und etwaige in ihnen enthaltene trophische Fasern durchtrennt waren. Man hätte doch eine Schädigung des Ernährungszustandes eher erwarten müssen. Aber wenn man auch keine Erklärung dafür hat, ist doch dieses Verfahren im gegebenen Falle zu Versuchen zu empfehlen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von multipler Hautgangrän, von L. v. Stubenrauch. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 13.) Bei einem 20jährigen hysterischen Mädchen treten nach Verletzungen des linken Vorderarmes und der linken Brust, multipel am linken Arm, an der linken Brust und Wange unter heftigen Schmerzen, bei Abwesenheit von Fieber, meist nachts Eruptionen von Bläschen auf. Diese, gruppiert, sind von verschiedener Gröfse. An den gröfseren Blasen bemerkt man folgenden Vorgang: Nachdem sich die Blase gelblich klar gebildet und prall gefüllt hat, verfärbt sich nach 1—4

Stunden der anfänglich blasse Grund, wird gelbrot, dann ganz rot. Bald berstet die Blase, es tritt rasche Vertrocknung des Grundes ein, der sich schnell braun und schwarz verfärbt. Die kleineren Bläschen vertrocknen oder bersten mit Zurücklassung kleiner Exkoriationen oder Schorfe. Gewöhnlich bildet sich während jeder Attacke ein grofser Schorf, der unter das Niveau der Haut eingesunken erscheint; seine Dicke wechselt, nach 6—10 Tagen fällt er ab. Der zurückbleibende Defekt in der Haut heilt langsam mit schliefslicher Bildung eines Narbenkeloids. Im ganzen trat die Affektion bei der Kranken zehnmal auf und hinterliefs keine wesentliche Schädigung des Organismus. Artefakte, Selbstverstümmelung sind ausgeschlossen.

Neuhaus-München.

Ein Fall von trockener Spontangangrän des linken Fufses, von PANAS. (*Bull.. de l'Académie de Méd.* No. 23. Séance du 5 juin 1894.) Der 35jährige, gesunde, aber nervöse Patient, abstammend von einem gichtischen Vater und einer hysterischen Mutter, erkrankte vor sechs Jahren an lancinierenden Schmerzen in den Armen, die später vergingen und solchen in den Beinen Platz machten. Keine Syphilis. Vor ca. einem halben Jahre traten kleine Bläschen an den Zehen auf, die gangränös wurden; zugleich wurden die Schmerzen unerträglich, trotz grofser Morphiumdosen. Es blieb nur die Amputation übrig, da alle Mittel versagten. Bei der Operation blutete nur die Arteria tibialis postica, trotzdem heilte die Amputationswunde, die Schmerzen liefsen nach, und Patient wurde geheilt entlassen. Die mikroskopische Untersuchung der Gefäfse ergab Proliferation der Intima; von den Nerven wies der Tibialis anterior Veränderungen auf. Verfasser hält dafür, dafs die Gangrän auf endarteriitischen Prozessen beruht. In der Diskussion empfiehlt VERNEUILH, vor der Amputation Nervenresektionen zu versuchen. LABORDE lobt das Aconitinum crystallisatum. LAVÉRAN hat einen ähnlichen Fall gesehen, bedingt durch Endarteriitis obliterans (FRIEDLÄNDER und HEYDENREICH). FOURNIER macht noch darauf aufmerksam, dafs sich in diesem Falle keine Spuren von ererbter oder erworbener Syphilis fanden.

F. Hahn-Bremen.

Ein durch Sauerstoffbäder und antiseptische Waschungen geheilter Fall von Gangrän der Zehen bei einem Diabetiker, von KONSTANTIN PAUL. (*Bull. de l'Académie de Méd.* 1894. No. 27.) Ein Diabetiker (drei Liter Urin, 135,0 Zucker täglich), 62 Jahre alt, zeigt Gangrän an einem grofsen Teile der vierten Zehe, am inneren Fufsrande, Ödem bis zum Knie. Der Fufs wird in ein beständiges Sauerstoffbad gebracht, worauf die Gangrän still steht; Waschungen des Fufses mit Solutio chlorali hydrati 4:1000; intern Lithion carbonatum 0,3 pro die und Solutio Fowleri X gtt. pro die; strenge Fleischdiät. Heilung nach Abstofsung von drei Zehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Symmetrische periphere Gangrän im Verlauf einer Cholera gravis, von F. REICHE. (*Jahrb. d. Hamburg. Staatskrankenanst.* Bd. III.) Im Verlauf einer Choleraerkrankung bei einem zweijährigen Kinde trat umschriebene, trockene, mumificierende Gangrän an beiden Ohrrändern ein. Die nekrotischen Teile stiefsen sich ab, das Kind genas. RUESINGER spricht von Brand der Finger, Zehen, Nasenspitze bei Cholera; WALL berichtet über Gangrän am Scrotum, Penis, an Fingern und Zehen, wie an der Nasenspitze. Eine Nekrose am Ohr ist in der Litteratur noch nicht bekannt. Die Gangrän ist eine Folge veränderter Blutbeschaffenheit und arterieller Vasokonstriktion, venöser Stase. Thrombose ist bei der flachen Hautnekrose auszuschliefsen. Ähnliches an den Ohren ist bei protrahiertem Abdominaltyphus, an den Zehen bei Typhus exanthematicus beobachtet. Gangrän embolischen, thrombotischen, septischen Ursprunges bei Infektionskrankheiten gehört nicht in den Rahmen dieser Beobachtungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ainhum, von W. L. Pyle. (*Med. News.* 26. Januar 1895.) Die als Ainhum, Quigila (Brasilien) oder Sukha pakla (Hindostan) bekannte Affektion kommt viel häufiger vor, als im allgemeinen angenommen wird. Während man früher glaubte, dafs dieselbe auf Brasilien beschränkt sei, liegen jetzt Berichte über das Vorkommen derselben fast aus allen Tropenländern vor, und Verfasser hat kürzlich einen Fall bei einer 50jährigen Negerin in Washington beobachtet. In der Surgeon General's Library daselbst finden sich gerade 50 Abhandlungen über Ainhum, aus denen P. den vorliegenden Aufsatz kompiliert hat. Die Liste der Litteratur ist beigefügt.

Philippi-Nieheim.

Ein typischer Fall von Ainhum, von A. E. B. Hine. (*Lancet.* 26. Januar 1895.) Ein 22jähriger Matrose, Hindu, klagte über lancinierende Schmerzen in den Beinen und eine seit 4—5 Jahren bestehende Einschnürung an der fünften linken und vierten rechten Zehe. Die fünfte rechte Zehe war schon vor sieben Jahren durch Trauma verloren gegangen. Diese Furchenbildungen beschreibt H. als die für Ainhum charakteristischen; sie erstreckten sich bis auf die Sehnenscheide und waren ganz mit Epidermis ausgekleidet. Nach vergeblicher palliativer Behandlung wurden beide Zehen möglichst weit von der erkrankten Stelle amputiert. Der Erfolg war in jeder Beziehung befriedigend. *Philippi-Nieheim.*

M'Call Anderson berichtet (*Glasgow med. Journ.* Dezember 1894) über die Heilung eines seit einem Jahre bestehenden **Lupus erythematodes disseminatus** von ungewöhnlicher Ausbreitung über den behaarten Kopf, Gesicht, Hände und Füfse und die rechte Brustseite durch Ordination von Jodstärke, anfangs 3,6 g dreimal täglich, später bis zu 36 g pro die; keine lokale Applikation. Deutliche Besserung zeigte sich schon nach einem Monate, vollständige Heilung nach sieben Wochen.

H. Einhorn-München.

Ein ungewöhnlicher Fall von Alopecie, von B. Rogers. (*Brit. med. Journ.* 28. April 1894.) Der 5½ Jahre alte Knabe zeigte eine etwa pennygrofse, kahle Stelle in der Gegend des rechten Seitenwandbeines. Unter der Behandlung mit Chrysarobinsalbe wuchsen wieder neue Haare empor; dagegen wurden die Haare in der Umgebung der Area Celsi dünner, und diese Verdünnung verbreitete sich nach und nach über die vordere Kopfhälfte. Die mikroskopische Untersuchung ergab keine Anzeichen von Trichophytie. *C. Berliner-Aachen.*

Alopecia areata, von G. Thibièrge. (*Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 52.) Die Bezeichnung „Pelade" stammt von Bazin, „Porrigo decalvans" nannten Villan und Batemann das Leiden, Cazenave mit Unrecht „Vitiligo". Auf Kopfhaut und im Bart äufsert sich die Alopecia areata nur in Defluvium, höchstens zeigt die Haut eine Pigmentverminderung. Die Alopecia areata ist kontagiös; eine parasitäre und nervöse Form zu trennen, geht nicht an; letztere darf nur als Alopecia neurotica bezeichnet werden. Bei der Alopecia areata bleibt kein Haar, kein Lanugohaar an der kranken Stelle, nur im Anfangs- und Genesungsstadium sind solche sichtbar. Zuweilen sieht man Komedonen. Die Haut ist glatt, glänzend, elfenbeinartig; Follikel findet man mit dem Vergröfserungsglase. Zuweilen ist der Fleck napfartig, atrophisch, die Mitte vertieft, weil der Rand ödematös ist; kein Bläschenkranz, keine Efflorescenz. Jeder Fleck ist rundlich, zuweilen etwas länglich; die Haare an den Rändern sehen normal aus, sind aber leicht mit den Fingern herauszuheben. Das Wurzelende derselben zeigt eine dünne, kurze, atrophische, entfärbte, knopf-bogenartige Spitze; niemals giebt es, wie beim Ringworm, eine Epidermisscheibe. Die Sensibilität auf den Flecken ist normal. Ausnahmsweise findet man grauweifse Epidermisschüppchen oder einen seborrhoischen Anflug. Abgebrochene Haare findet man nur bei einer speziellen Form,

der Pseudo-Alopecia areata. Die abbrechenden Haare sind zum Unterschiede von Trichophytie leicht ausziehbar, klein. Die Flecken sind verschieden groſs; wo mehrere zusammentreffen, sieht es aus wie eine Insel mit polycyklischem Rande. Der Sitz der Läsion ist kein regelmäſsiger, kein symmetrischer, wenn er es auch sein kann und dann für die trophoneurotische Hypothese verwertet wird. Eine totale Alopecia areata giebt es vielleicht, so daſs alle Haare des Körpers ausfallen; das gleicht aber mehr der Alopecia neurotica.

Die Flecken entstehen nacheinander, heilen fast stets, aber in einem sehr variablen Zeitraume. Dieser beträgt bei einem Flecke zwei bis drei Monate. Die zuerst wieder wachsenden Haare sind klein, ephemer. Zuweilen bleibt ein schwächerer Haarwuchs oder eine verminderte Pigmentierung zurück. Häufiger erkranken Männer und jüngere Personen in einem Alter von 15—30 Jahren; anämische, nervöse, braune haarreiche Personen erkranken öfter. Die Inkubationszeit ist eine kurze, acht bis zehn Tage dauernde. Anatomisch findet man die Haare atrophisch, wie kadaverisiert, mit feiner, fädiger, entfärbter, weiſslicher Spitze, das freie Ende zerrissen, pinselförmig, in der Mitte Luftblasen, zuweilen perlschnurartig. Das Primäre ist ein gewisser Grad von Folliculitis (Giovannini). Der Parasit ist unbekannt. Grubys Mikrosporon Audouini ist identisch mit dem Trichophyton (Sabouraud). Die Therapie muſs den Organismus stärken, die Parasiten schwächen. Allgemeinbehandlung mit Eisen, Roborantien, Arsen, Schwefelwässern; Hydrotherapie ist wichtig. Die lokale Behandlung erfordert Kurzschneiden der Haare, wenigstens um den Fleck. Die kranken Haare und diejenigen der nächsten gesunden Umgebung werden ausgezogen. Das Ausziehen muſs fortgesetzt werden, bis die neu wachsenden Haare normal stark sind. Tägliche Reinigung des Kopfes mit lauem Wasser und Seife. Applikation von 1‰igem Sublimat, Liquor van Swieten, 5%igem Salolalkohol, Hydrargyrum bijodatum mit Wattetampon; bei seborrhoischen Individuen:

Sulf. praecip.	10,0
Acid. salicyl.	
Bals. Peruvian.	
Resorcin	ää 1,0—2,0
Vaselin q. s. ad	100,0

Als Excitentia werden angewendet: Tinctura aetherea cantharidarum (alle 4—5 Tage mit Borstenpinsel einzureiben), Acidum acet. crystallisatum (1—3, Chloralum hydratum 4,0, Äther 25, täglich einzureiben, bis Rötung eintritt), später Phenol (95,0, Alkohol 5, alle 3—4 Tage einzureiben), Ammoniak, Terpentinöl, Naphtol, Wintergrünöl, ferner

Alkohol Fioravanti		*Alkohol Fioravanti*	15
Alkohol camphorat.	ää 5,0	*Tinct. cantharidar.*	5,0
Tinct. cantharidar.	5—10,0	*Naphtol*	3,0
		Glycerin	
Alkohol camphorat.	100,0	*Alkohol camphorat.*	ää 20—25
Ol. Terebinth.	10,0—20,0		
Ammoniak	4,0—5,0		
Ol. chinens. Cinamom.	10,0	*Ol. Wintergrün*	
Aether sulf.	30,0	*Alkohol*	
		Äther	ää

Die Elektricität wirkt hautreizend.

Die Therapie muſs jahrelang, wenn nötig, fortgesetzt werden. Die Flecken deckt man mit schwarzer Farbe, Ruſs, falschen Haaren, mit Plüsch oder mit falschen Haaren bedeckten Pflastern. Zwischen Perücke und Kopf muſs ein feines Tuch

gelegt werden. Das Hutfutter ist oft zu wechseln oder zu waschen. Prophylaktische Maßnahmen gegen Übertragungen müssen getroffen werden. Schüler müssen eine Mütze permanent tragen. Für die Schulen gelten folgende Regeln: Ausschluß des Schülers in den niederen Klassen, Bedecken des Kopfes in den höheren; regelmäßige Behandlung; bei Erkrankung eines zweiten Schülers am besten Ausschluß beider. Bei Soldaten ist häufige Kopfmusterung, Isolierung erkrankter, Verbot des Hutwechsels nötig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung des Favus, von Tsitbine. (*Russk. Med.* 1894. S. 437.) Die vom Verfasser empfohlene Behandlung stammt von Pirogoff und besteht in der Anwendung folgender Salbe:

Kalii carbon.	8,0
Flor. sulf.	30,0
Tinct. Jod.	
Pic. dest.	ää 100,0
Axungia	200,0

Diese Salbe reizt durch das Zusammenwirken ihrer Bestandteile die Haut und die Haarscheiden, sie tötet den Pilz und bewirkt das Ausfallen der Haare. Die erkrankten Stellen werden rasiert und alsdann alle 24 Stunden mit einer frischen Schicht dieser Salbe bedeckt; vor der jedesmaligen erneuten Anwendung wird die Stelle mit Seifenwasser gereinigt. Das Verfahren wird so lange fortgesetzt, bis Abschuppung erfolgt. Die Heilung stellte sich im Mittel in 18 Tagen ein.

Da der Favus also heilbar ist, so sollte er kein Grund mehr zur Befreiung vom Militärdienst sein. *Türkheim-Hamburg.*

Der Favus in Lyon und dessen Umgebung, von Georges Lesterlin. (*Thèse de Lyon.* 4. Januar 1894.) Enthält einige statistische Angaben über den Nachlaß des Kopfgrindes, ein Nachlaß, der sich sowohl bei der Aushebung, wie in den Krankenhäusern bemerkbar machte. Zum Schluß spricht L. dafür, daß der Favus, da er heilbar sei, keinen Grund zur Ausschließung vom Militärdienst abgebe. Ob er damit wohl den betreffenden Patienten einen Gefallen erweist? *Türkheim-Hamburg.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Über lokales traumatisches Hautemphysem nach Laparotomie, von Gräfe. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 42.) Unter Rücksichtnahme auf die von Madlener veröffentlichten Fälle giebt Verfasser zwei einschlägige Beobachtungen bekannt, wobei er betont, daß nach seiner Ansicht lokale Emphysembildung nach Laparotomie zu den Seltenheiten gehört. Im ersten Falle fand sich am zweiten Tage nach der Operation ein bis an den Scrobiculus cordis reichendes Hautemphysem. Dieses erstreckte sich am zehnten Tage bis zu den Hüftbeinkämmen, bis zur Leistenbeuge und reichte ca. zwei Querfinger über die Symphyse. Es verlor sich sehr langsam. Im zweiten Falle wurde zwei Tage nach der Operation ein Hautemphysem konstatiert, welches bis an den Rippenbogen reicht. Die Verbreitung ging wie im ersten Falle vor sich.

Auch Gräfe nimmt an, daß das Hautemphysem durch die Beckenhochlagerung veranlaßt worden sei. Bei dieser Lage sinken die Därme nach oben gegen die Zwerchfellkuppe zurück, und dadurch kann sich die Luft reichlicher ansammeln, als bei horizontaler Rückenlage. Die Beibehaltung der Hochlagerung nach Schluß der Bauchwunde disponiert zum Hautemphysem; tritt dann nach der Narkose, resp. Operation heftiges Brechen ein, so wird die reichlich angesammelte Luft in die Bauchdeckenwunde gepreßt. Für seltener erachtet es Gräfe, daß bei recht behut-

samer Umwandlung der Beckenhochlagerung in horizontaler Rückenlage die Luft aus der Bauchhöhle durch die Bauchwunde getrieben wurde. Dagegen sieht er in der mangelhaften Vereinigung der Bauchdecken ein begünstigendes, wahrscheinlich nicht so seltenes Moment. Um das Hautemphysem möglichst hinanzuhalten, verfährt Gräfe derart, dafs er zwar die Bauchdeckennähte in Beckenhochlagerung legt, sie aber nicht knüpft. Ehe letzteres geschieht, wird die Patientin langsam und vorsichtig in horizontale Rückenlagerung gebracht, durch einen Assistenten das Abdomen stark von den Weichen her komprimiert, wobei in der Regel unter pfeifendem Geräusch Luft aus der Bauchwunde entweicht und nun erst diese durch Knüpfung der Nähte geschlossen. Seitdem habe er ein Hautemphysem nach Laparotomie nicht beobachtet. *Neuhaus-München.*

Die kriminalpsychologische und kriminalpraktische Bedeutung des Tättowierens der Verbrecher, von Leppmann. (*Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen.* 1894. Heft 4.) Während Kurella das Vorkommen von Tättowierungen bei gebildeten und unbestraften Männern als absolut sicheres Zeichen latenter Kriminalität ansieht, kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Der Akt des Tättowierens an und für sich bedingt keinen Rückschluss auf eine geistig und körperlich sonderartige Menschengattung.

2. Die Häufigkeit des Vorkommens von Tättowierungen bei Gefangenen wird mehr durch äufsere, als durch innere Ursachen bedingt.

3. Die anthropologische Einheit in der Art der eingestochenen Zeichen bestätigt sich nicht.

4. Die Motive der Tättowierungen bei Gefangenen decken sich mit den Anschauungen und Gepflogenheiten von Personen aus gleicher Gesellschaftsklasse.

5. Die Tättowierten tragen weder diejenigen körperlichen und seelischen Eigentümlichkeiten, welche den angeborenen Verbrecher kennzeichnen sollen, mit besonderer Deutlichkeit, noch finden sich unter ihnen besonders häufig die Gefährlichen, Gefühllosen, Brutalen, Raffinierten, öfters Bestraften.

6. Die Einkratzung, Einritzung und Einschneidung von Figuren ohne nachherige Einverleibung von Farbe, ausgeführt von der eigenen Hand eines in Haft Befindlichen deutet nicht selten auf krankhafte, seelische Erregbarkeit.

7. Die Farbentättowierungen sind praktisch wichtig zu Rückschlüssen auf das Vorleben, zur Ausmittelung unbekannter und zur Wiedererkennung gesuchter rechtsbrecherischer Personen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Epidemischer Ikterus, von W. Rankin. (*Brit. med. Journ.* 26. Mai 1894.) Verfasser behandelte zuerst im Juli 1893 einen elfjährigen Knaben an einem Icterus, der, wie es schien, gastro-intestinaler Natur war. Etwa 14 Tage später zeigten zwei Geschwister des ersten Patienten ähnliche Symptome. In den Monaten Juli und August 1893 bekam der Verfasser elf Fälle zu sehen, die sämtlich innerhalb eines Bezirkes von einer Meile im Umkreise wohnten und ausschliefslich jugendliche Individuen betrafen. Die Krankheit war meist gutartigen Charakters und wurde mit zwei starken Kalomeldosen (Purgans) und hierauf mit einer Mixtur von Salzsäure und Nux vomica behandelt. *C. Berliner-Aachen.*

Über Piedra nostras, von P. G. Unna. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 23.) Die Piedra wurde 1846 zuerst von Osorio aus Kolumbien beschrieben. Sie besteht in zu Knötchenbildung führenden Ansiedelungen von Pilzen auf den Haaren, deren Züchtung zuerst Behrend, später Juhel-Rénoy und Lion gelang. Verfasser giebt die Ergebnisse dieser Arbeiten wieder, um dann über seine eigenen Untersuchungen an den Haaren

eines Schnurrbartes, die mit mantelförmigen, cylindrischen Verdickungen von 2—12 mm Länge besetzt waren. Diese Verdickungen waren bräunlich gelb, transparent, fühlten sich fest, aber nicht auffallend hart an. Auf Schnitten erwiesen sie sich als aus sehr grofsen, eine homogene Masse bildenden Sporen bestehend. Diese Masse drang nicht in das Haar ein, war nur an demselben festgeklebt. Es handelt sich also um eine reine Saprophytie des Haares. Sekundäre Kokkenansiedelungen waren vorhanden. Nach Abtötung der Kokken durch Einlegen in absoluten Alkohol auf 5—10 Minuten gelang es leicht, Reinkulturen eines Fadenpilzes zu erhalten. Diese waren identisch mit denjenigen der oben genannten Autoren. Sie bilden eine zentrale, gelblich weifse, undurchscheinende Pilzdecke, welche in dicht gelagerten, bogenförmig verlaufenden, sich vielfach umschlingenden und verstrickenden Falten aufgehoben erscheint und peripher von strahlig ausgebreiteten Bodenhyphen umgeben ist. An vielen Kulturen findet sich noch zwischen Zentrum und Peripherie eine mittlere, zuerst feuchte und glatte, später diffuse und trockene, gelblich weifse, über dem Agar liegende Zone.

Betreffs der Entstehungsweise ist es von Interesse, dafs der Patient viel mit kolumbischen Briefen umgeht, die er anfafst und in Wasser aufweicht.

Der Verfasser bespricht die anderweitig vorgeschlagenen Benennungen dieses Leidens, Trichomykosis nodularis (Juhel-Renoy), Trichosporon ovoides (Behrend) und will den Namen „Piedra“ festhalten. Vielleicht könnte der Name Trichosporon giganteum mit Rücksicht auf die bedeutende Gröfse der Sporen Anklang finden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Pathologie und Therapie der Pityriasis versicolor sprach G. Behrend in der Berliner medizinischen Gesellschaft, Sitzung vom 24. Oktober 1894. Die Annahme, dafs die Pityriasis versicolor nur an bedeckten Hautstellen vorkomme, ist eine irrige. Die Behandlung derselben ist eine wenig erfolgreiche, weil sie stets recidiviert; man beseitigt eben gewöhnlich nur die sichtbaren Pilze. Die angewendeten Mittel brauchen keine pilztötenden zu sein; die Seife ist kein solches, kann aber doch durch Abstofsung sämtlicher durchwachsenen Teile Heilung herbeiführen. Der Pilz wuchert nur in den oberflächlichen Schichten der Epidermis, geht nur in die trichterförmigen Ausbuchtungen der Follikel hinein, während der Pilz der Trichophytie tief in die Follikel hinabsteigt, dort Entzündung und Eiterung erregt und so sich selbst vernichtet. Die Schmierseife wirkt nur, soweit sie die epidermoidale Horndecke dicht berührt, läfst die Pilze in dem Infundibulum intakt, die von hier aus später wieder weiter wuchern. Ebensowenig wirken Sublimatwaschungen.

Wirksam sind nur drei Mittel, Chrysarobin, Pyrogallussäure und Jodtinktur, weil sie in die Follikel eindringen, auch hier die Horndecke zur Abstofsung bringen. Das Chrysarobin färbt zudem die mit dem Pilze behafteten Teile braun, macht diese leicht kenntlich. Zur Sommerzeit, wenn durch reichliche Schweifsbildung die Schuppen abgehoben sind, ist die Pityriasis versicolor oft schwer zu diagnosticieren, und dann ist diese Eigenschaft des Chrysarobins sehr willkommen. Die Jodtinktur hat den Nachteil, zuweilen längere Zeit bestehende Pigmentflecke zurückzulassen. Die 8—10%ige Pyrogallussäure wirkt schwächer, als das Chrysarobin.

G. Lewin bestätigt die therapeutische Bedeutung des Chrysarobins und die Ausführungen über den Sitz des Pilzes. Es giebt zwei Arten von Mikrosporon: einen mehr bräunlichen und einen blafsrötlichen. Letzterer kann auch in Ringform auftreten und Ähnlichkeit mit der Syphilis annulata zeigen. Vom Trichophyton ist der Pilz leicht abzugrenzen.

Lassar: Die rote, tiefergreifende Pilzform bewirkt stärkeren Juckreiz. Ein einfaches Mittel zur Heilung ist Terpentinspiritus, den man ein- bis zweimal wöchentlich mit dem Schwämmchen auftupft und dann überpudert. Bezüglich des Zusammen-

hanges von Hautleiden mit internen Leiden müsse man Vorsicht beobachten. Die Tuberkulösen zeigen nur deshalb häufiger Pityriasis versicolor, weil sie meistens dem Wollregime huldigen. Dieses ist aber das beste Substrat für die Pilze.

Behrend glaubt nicht, dafs Terpentinspiritus die ganze epidermoidale Hautdecke zur Abstofsung bringen kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Filaria Medinensis seu Dracunculus, von Forbes. (*The Lancet.* 1894. S. 471.) Dieser Parasit kommt im Norden der Tropen von Asien und Afrika vor. Nur das Weibchen wird beim Menschen angetroffen; dasselbe gleicht einem elastischen dünnen Faden bis zu sechs Fufs Länge. Gewöhnlich beherbergt ein Individuum nur ein bis zwei solche Würmer; sie kommen aber auch bis zu fünfzig bei einer Person vor und sitzen meistens in den Unterextremitäten.

In den menschlichen Körper gelangt die Filaria nach Forbes mit dem Wasser und macht, bis sie ausgewachsen ist, keine Symptome. Dann aber, wenn sie ihren Wirt wieder verlassen will, verursacht sie lebhafte Schmerzen, und auf der Haut bildet sich ein kleines Bläschen; man kann sie alsdann als harten Strang unter der Haut fühlen. Das Bläschen zerfällt nach einigen Tagen, und in der Mitte des Geschwürs zeigt sich der weifse Kopf des Parasiten.

Die Therapie besteht darin, dafs man die Haut da, wo das Bläschen sich zeigt und der Strang zu fühlen ist, aufschneidet und den Wurm herauspräpariert; die weitere Heilung erfolgt dann rasch unter Dermatol. Man darf mit dem Eingriff nicht zu lange zögern, da die Filaria häufig wieder entschlüpft. Auch mufs man bedacht sein, alles zu entfernen, weil es sonst leicht zur Entzündung und Gangrän der Gewebe kommt.

Alles Trinkwasser soll man vorher kochen und vorsichtshalber jeden dritten Morgen etwas Schwefelblumen nehmen, wodurch die Larven sofort getötet werden.

Türkheim-Hamburg.

Verschiedenes.

Erster Bericht über die Privatklinik für Hautkrankheiten, von J. Neuberger-Nürnberg. Vom 7. Mai 1892 bis 7. Mai 1894. Es wurden behandelt 1122 Kranke (1030 Erwachsene, 92 Kinder; 300 weibliche, 812 männliche), darunter 294 poliklinisch, 75 in der Klinik.

Bei der Blennorrhoe sah er häufig Urethritis posterior und zahlreiche Komplikationen, darunter einen periurethralen Abscefs. Einmal kamen blind endende parurethrale, blennorrhoisches Sekret liefernde Gänge zur Beobachtung, die mit Injektion starker Silbernitratlösungen mit Erfolg behandelt wurden.

Betreffs der Diagnose der Blennorrhoe steht Neuberger ganz auf Neisserschem Standpunkte.

Alumnol leistete ihnen als adstringierendes Mittel gute Dienste, wenn auch die Resultate nicht so günstig waren wie diejenigen von Chotzen. Am besten bewährte sich aber das Argentum nitricum, bei länger dauernden Fällen in Form der Irrigationen.

Die Syphilisbehandlung wurde durch Sublimatinjektionen bewirkt. Europhen hat sich dem Verfasser sehr gut bewährt.

Furunkulosis wurde mit 10% Salicylseifenpflaster erfolgreich behandelt.

Bei Alopecia areata konnte niemals Infektion konstatiert werden; Pilze

wurden nicht gefunden. Der faradische Strom brachte zweimal Heilung. Tuberculosis cutis verrucosa wurde viermal beobachtet.

Bei einem Falle von Urticaria factitia genügte eine leichte Pinselung von Hautstellen mit Chrysarobin oder indifferenten Mitteln, um das Phänomen hervorzurufen, das sich weit über die Applikationsstelle fortpflanzte.

Vitiligo migrans fand sich an zahlreichen Körperstellen bei einem an Pruritus leidenden Manne, ohne mit diesem in Konnex zu stehen.

Bei einer Frau kombinierte sich das in 1¼ Jahren viermal recidivierende Erythema exsudativum stets mit einer Nasenerkrankung, die als eine der Haut analoge aufgefaſst werden muſste.

Ein Herpes facialis recidivus ist bemerkenswert.

Ein Fall mit Pityriasis rubra Hebrae (Dermatitis exfoliativa acuta), wo aber nur Hände, Vorderarme und Füſse ergriffen waren, heilte unter Teer und Arsen. (Ob solch umschriebene Formen dem Hebraschen Bilde entsprechen, ist vielleicht fraglich. Ref.)

Über Lichen ruber planus (neun Fälle) wird berichtet; darunter war ein Lichen ruber verrucosus, ein Lichen ruber striatus, ein Lichen ruber bullosus, ein Lichen ruber moneliformis.

Zum Schlusse weist Verfasser auf die in seiner Klinik ausgeführten histologischen Arbeiten hin.

Der Bericht legt Rechenschaft ab von der gründlichen Wissenschaftlichkeit, deren sich der Verfasser bei der Erfüllung seiner Berufspflichten befleiſsigt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In der *Dtsch.-Americ. Apothekerztg.* (15. Oktober 1894) wird als gutes **Polirmittel für Fingernägel** das käufliche Zinnoleat empfohlen, das mit Karmin blaſs rosa gefärbt wird. *F. Hahn-Bremen.*

Plastik an der behaarten Kopfhaut, von Messmer-München. (*Centralbl. f. Chirurg.* 1894. No. 32.) Die geschilderte Methode dient zum plastischen Verschluſs groſser kreisförmiger Defekte der Kopfhaut, wie sie nach Exstirpation von Tumoren zurückbleiben. Die Fläche wird zunächst verkleinert, indem man parallel dem Rande des Defekts vier schmale Lappen bildet, loslöst und so nach innen dreht, daſs je zwei gegenüberliegende mit ihrem schmalen Rande vereinigt werden können. Wir erhalten so vier kleinere Defekte, deren Verschluſs man der von den Rändern der Lappen ausgehenden Epidermisierung überlassen kann oder durch Thiershsche Transplantationen deckt. So erhält man eine behaarte Bedeckung des Defekts. Die Methode stammt von v. Volkmann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Berichtigung.

Auf Anregung von Herrn Prof. Audry, Direktor der Klinik für Dermatologie und Syphilis in Toulouse, fügen wir unserem Referate in Heft 10, Bd. XX, **über den dermatologischen Unterricht** (Dr. Morel) ergänzend bei, daſs auch in **Toulouse** ein Lehrstuhl für Dermatologie errichtet worden und zwar bereits 1891, Datum der Gründung der dortigen medizinischen Fakultät. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt Leipzig.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXI. No. 5. 1. September 1895.

Syphilis haemorrhagica neonatorum oder Sepsis?

Von

Dr. Moritz Cohn-Hamburg.

Seitdem wir gelernt haben, Erkrankungen durch das Mikroskop und das Kulturverfahren zu erkennen und auf Grund dieser Untersuchungen die Diagnose zu stellen, macht sich unstreitig eine nicht zu unterschätzende Gefahr geltend, welche darin besteht, dafs auf klinische Erscheinungen und Symptome ein zu geringer Wert gelegt wird. Es läfst sich nicht von der Hand weisen, dafs in vielen Fällen sich sogar diese Vernachlässigung schwer gerächt hat. Um so wichtiger werden aber diese Methoden, wenn bis zu einem gewissen Stadium der Erkrankung wenigstens die Diagnose auf andere Weise nicht zu stellen ist, und dazu gehört die Frühdiagnose: „Sepsis". Doch scheint mir auch hierin in vielen Fällen zu weit gegangen zu werden; wieso, wird sich im Laufe der Erörterungen von selbst ergeben. Seitdem Behrend[1] zuerst 1878 den Begriff der Syphilis haemorrhagica neonatorum aufgestellt hat, ist die Erkrankung vielfach bestritten und als Sepsis bei hereditär Luetischen gedeutet worden. Besonders scharf wurde Behrend von Petersen[2] angegriffen, welcher in eben erwähntem Sinne die B.schen Fälle zu deuten suchte. Auf seine Auseinandersetzungen einzugehen, ist überflüssig, da sie bereits von Behrend[3] selbst sofort widerlegt wurden. Doch darf nicht unerwähnt bleiben, dafs Petersen selbst zwei einschlägige Fälle, welche er in dieser Arbeit anführt, beobachtet zu haben geglaubt hat, wenn nicht die Sektion ihn eines anderen belehrt hätte. Merkwürdigerweise widerlegt er sich selbst, denn er sagt von dem ersten Falle wörtlich: „Bei der Aufnahme (des neun Tage alten, hereditär belasteten Kindes) fand sich Blut im Stuhl, es war kein Zeichen von Syphilis da. Die Nabelschnur war abgefallen, es fand sich noch eine unbedeutende feuchte Fläche." Bis zu dem Tode des Kindes finde ich nichts, was für Lues spricht. Der zweite,

[1] *Dtsch. Zeitschr. f. prakt. Med.* 1878. 25. u. 26.
[2] Über Syphilis haemorrhagica. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1883. pag. 509 ff.
[3] Ibid. 1884. pag. 57 ff.

kurz mitgeteilte Fall darf nicht als Syphilis haemorrhagica bezeichnet werden, sondern jeder wird zugeben, dafs es sich um eine Lues gehandelt habe, zu welcher sich zufällig eine Darmblutung infolge der Lebererkrankung hinzugesellt hat, wie sie bei Lebercirrhose aus anderen Ursachen oft genug beobachtet wird. Aus welchem Grunde kommt nun PETERSEN darauf, den ersten Fall für Syphilis zu halten? Nur weil die Eltern syphilitisch waren und das Kind an Blutungen zu Grunde ging? Ich glaube, wenn der Autor von den Eltern nichts gewufst hätte, würde er von vornherein die Diagnose auf Sepsis, ausgehend von der Nabelwunde, wie es ja bei Neugeborenen gar nicht so selten der Fall ist, gestellt haben. Aber nur in dem Umstande, dafs die Eltern früher an dieser Krankheit gelitten haben, dürfen wir doch keinen Beweis dafür sehen, dafs jedes Kind, welches in den ersten Wochen nach der Geburt an einer Erkrankung des Blutgefäfssystems stirbt, ohne sonstige Zeichen von Syphilis aufzuweisen, an Lues haemorrhagica neonatorum zu Grunde gegangen ist. Ähnliche Fälle wie BEHREND beschrieben nach ihm DEAHNA,[4] M. WEISS,[5] MRAČEK,[6] CONROY,[7] ANDRONICO,[8] und DE LUCA.[9] Die Ausführungen dieser Autoren decken sich mit den BEHRENDschen. Weiter finden wir in der Litteratur eine Reihe Arbeiten über Blutungen bei den Neugeborenen syphilitischer Eltern, aus welchen sich nicht ersehen läfst, ob es sich um Lues oder Sepsis gehandelt habe. Hierher gehören vor allem die älteren Arbeiten von BÄRENSPRUNG,[10] SMITH,[11] JENKINS,[12] RITTER[13] und EPSTEIN.[14] Diejenigen, welche sich besonders für die Beschaffenheit der Blutgefäfse bei dieser Erkrankung interessieren, mufs ich auf die Arbeiten von OEDMANSSON,[15] BIRCH-HIRSCHFELD,[16] SCHÜTZ,[17] FISCHL,[18] HARTMANN und PIGNOT[19] verweisen, auch der oben citierte Aufsatz von MRAČEK behandelt diesen Punkt sehr ausführlich. FISCHL tritt für eine hämorrhagische Diathese auf hereditär-syphilitischer Grundlage ein, doch gelang es ihm nicht, besondere anatomische Kriterien aufzustellen; glücklicher war schon MRAČEK, welchem es wenigstens in

[4] *Württemberg. Correspondenzbl.* XLIX, 40. 1879.
[5] *Prager Vierteljahrsschr.* 1879.
[6] *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1887. pag. 117 ff.
[7] *New York med. Journ.* 21. April 1894.
[8] *Arch. di Patol. Infant.* Anno IV. Fasc. 4.
[9] Referiert *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. VI.
[10] *Die hereditäre Syphilis.* 1864.
[11] *New York Journ. of med.* 1855.
[12] *Rep. of spontan. umbilic. haemorrh. of the newly-born.* 1858.
[13] *Österr. Jahrb. f. Pädiatr.* 1871.
[14] Ibid. 1876.
[15] *Nord. med. Arch.* I. 1869.
[16] *Lehrb. d. pathol. Anat.*
[17] Zur Anatomie der Syphilis der Neugeborenen, in *Beitr. z. pathol. Anat. v. Klebs.* 2. H. pag. 92.
[18] *Arch. f. Kinderhlkde.* Bd. 8.
[19] Hämorrhagie und Syphilis. *Ann. de derm. et de syph.* VII. I. 1886.

19 Fällen gelang, bestimmte Gefäfsveränderungen aufzufinden. Immerhin scheint aus den Ausführungen aller dieser Forscher hervorzugehen, dafs es bis jetzt nicht gelungen ist, die Gefäfsveränderungen, welche sich finden, als beweisend anzusehen, weil sie sich nicht in allen Fällen nachweisen liefsen. Auch weichen die Schilderungen der Veränderungen in vielen Punkten voneinander ab.

Bevor ich nun einen Krankheitsfall, welchen ich kürzlich zu beobachten Gelegenheit hatte, mitteile, möchte ich noch auf einen Punkt eingehen, welcher mir für diese ganze Frage von weitgehender Bedeutung erscheint. Kassowitz und Hochsinger,[20] Kolisko[21] und Chotzen[22] ist es gelungen, aus der Haut, den Knochen und der Leber syphilitischer Neugeborener, bei denen alle anderen Erscheinungen der Syphilis, aber keine Blutungen oder sonstige Anzeichen von Sepsis nachzuweisen waren, Mikrokokken zu züchten. Diese Autoren sind nun nicht abgeneigt, bei syphilitischen Neugeborenen wirklich eine gröfsere Empfänglichkeit für die Kokken der Sepsis anzunehmen. Ich möchte aber doch auf eine andere Deutung hinweisen. Da die geplatzten Pemphigusblasen sehr leicht Kokken aufnehmen, warum sollen dieselben nicht im Körper cirkulieren können, ohne eine Sepsis auszulösen? Wissen wir doch, dafs echte Cholerabacillen bei ganz Gesunden gefunden werden können. Ist es doch weiter Straus[23] erst kürzlich gelungen, bei Leuten, welche absolut keine Erscheinungen von Phthisis hatten, Tuberkelbacillen nachzuweisen. Wie ich also oben schon andeutete, laufen wir sehr stark Gefahr, der Anwesenheit pathophorer Mikrobien im gesunden oder an einer ganz anderen Krankheit leidenden Organismus eine zu grofse Bedeutung beizumessen. Soll hier nicht ein zu grofser Wirrwarr einreifsen, so bleibt uns nichts anderes übrig, als nur dort dem Vorkommen von Mikroorganismen im menschlichen Körper eine Bedeutung beizulegen, wo gleichzeitig eine Organ- oder Allgemeinerkrankung nachweisbar ist. Dann ist aber immer noch zu bedenken, ob es sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen gehandelt haben könne. Bevor ich in diesen Betrachtungen fortfahre, möchte ich die beobachtete Krankengeschichte vorausschicken, um dann an der Hand derselben die Stichhaltigkeit dieser Erörterungen zu beweisen.

Am 18. April d. J. wurde ich zu dem am 14. geborenen Kinde X. geholt, weil es „blaue Flecke" habe.

Anamnesis: Der Vater inficierte sich vor mehreren Jahren mit Schanker, will deshalb ärztlich behandelt sein, aber keine Schmierkur durchgemacht haben. Mutter, 23 Jahre alt, will früher nie krank gewesen sein. Ende Juli 1894 letzte Menses. Ende August bemerkte sie in der Genitalgegend ein Geschwür. Da dasselbe nicht

[20] *Wien. med. Blätter.* 1886. 1—3.
[21] Ibid. 1886. 4.
[22] *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1887. pag. 109.
[23] *Arch. de méd. exper.* 1894. 4.

heilen wollte, wurde sie im Oktober v. J. auf der chirurgischen Station eines Krankenhauses aufgenommen, nachher aber, als ein universelles Exanthem erschien, auf die syphilitische Station verlegt. Ende November wurde sie als „geheilt" entlassen, nachdem sie eine Schmierkur durchgemacht hatte. (Die Anamnese ist nur mit Mühe festzustellen; unklar bleibt, ob sie von ihrem jetzigen Ehemanne inficiert wurde.) Nach einer sonst normal verlaufenen Schwangerschaft wurde sie am 14. April d. J. von der Hebamme leicht von einem Mädchen in Kopflage entbunden. Die Geburt hätte normal am Ende der ersten Maiwoche erfolgen müssen.

Status praesens am 18. April, 9 Uhr nachmittags: Sehr schmächtiges Mädchen, welches kaum vier Pfund wiegt, mit welker Haut und von greisenhaftem Aussehen. Auf der Brust und dem Rücken finden sich entsprechend den beiderseitigen vierten und fünften Rippen blaue Flecke von Linsen- bis Zehnpfennigstückgröfse, welche in der Mitte, zum Teil wenigstens, eine meistens nur stecknadelkopfgrofse Stelle mit normaler (von Blutung freier) Haut aufweisen. Es machte zunächst den Eindruck, als ob das Kind unter starkem Händedruck am Thorax extrahiert wäre, was aber nach Angabe der Hebamme nicht der Fall gewesen sein soll. Die weitere Untersuchung ergab Papeln am After, eine Blase in der rechten Handfläche. Auf Befragen giebt die Wochenpflegerin an, dafs das Kind heute nach der Nahrungsaufnahme zum ersten Male etwas aus dem Munde geblutet hätte. Die Inspektion ergab auf dem vorderen Teile der Zunge ein flaches Geschwür, wie ein geplatztes Bläschen. Die Leber ist stark vergröfsert, die Dämpfung ist überall fast zwei Finger breiter als normal. Sonst ist an den inneren Organen keine Veränderung nachzuweisen. Puls 120, klein. Bei der Mutter sind zur Zeit keine Erscheinungen, welche für Syphilis sprechen, auffindbar; der Vater läfst sich nicht untersuchen.

Kind und Mutter sind fieberfrei, was auch während der ganzen Krankheitsdauer unverändert bleibt. Die Diagnose stellte ich auf Lues hereditaria.

19. April vormittags. Die Bläschen in der Hand und im Munde vergröfsern sich, neue schiefsen in der anderen Hand und in den Fufssohlen auf. Der Nabelschnurrest ist ebenso wie gestern gut trocken und läfst bis jetzt keine Abweichung von der Norm erkennen. In dem Inhalt der Bläschen lassen sich keine Kokken nachweisen.

Am 20. April wurde ich aus der Morgensprechstunde geholt, weil eine heftige Nabelblutung eingetreten wäre. Als ich zu der Kleinen kam, blutetete der Nabel allerdings noch, aber nicht bedrohlich. Der mumificierte Nabelschnurrest war im Begriff, sich abzustofsen, und dabei kam es zur Blutung aus den Granulationen ($Ag\ NO_3$, Jodoformgazeverband). In meiner Gegenwart trat die erste Blutung aus dem After, und zwar vor und nach der gerade stattfindenden Kothentleerung, ein. Die Flecke auf dem Thorax, welche gestern unverändert waren, konfluierten und hatten sich vermehrt. Stellenweise erreichten sie die Gröfse eines Fünfmarkstückes. Ferner war in der Fascie des Halses, direkt unter dem Unterkiefer beginnend, linkerseits ein Hämatom aufgetreten. Weiter hatten sich die Bläschen in der Hand zum typischen Pemphigus entwickelt, neue Bläschen waren in den Fufssohlen aufgetreten, welche sich von den früheren leicht dadurch unterschieden, dafs ihr Inhalt nicht mehr rein serös, sondern etwas rötlich gefärbt war. Die Geschwüre im Munde hatten sich vertieft. Da im übrigen die Mutterbrust noch gut genommen wird, so wird aufser dem Nabelverband therapeutisch nichts vorgenommen.

21. April. Zustand im wesentlichen unverändert.

22. April gegen Morgen tritt während der Nahrungsaufnahme Blutbrechen ein, das Kind will die Brust nicht mehr anfassen. Im Laufe des Tages (Verordnung: Haferschleim 7, Milch 1) tritt auch unabhängig von der Nahrungsaufnahme Blut-

brechen ein, die Blutabgänge per anum werden heftiger und häufiger. Der ganze Thorax ist vorn und hinten bis zur Rippengrenze in eine schwarze Fläche verwandelt. Oberhalb des linken Augenlides entwickelt sich ein bohnengroſses Hämatom. Gegen Abend nochmals heftige Nabelblutung, und so erfolgte am

23. April vormittags der Exitus letalis.

Sektion und Exstirpation einzelner Teile verweigert.

Wenn nun auch in diesem Falle keine Autopsie stattfand, so kann meiner Meinung nach auch der gröſste Skeptiker an der hereditären Syphilis nicht zweifeln; wie weit indessen die Hämorrhagien durch dieselbe bedingt waren, wird sich allerdings bei dem heutigen Stande der anatomischen Untersuchungen nicht absolut sicher entscheiden lassen. Als Beweis, daſs es sich um Lues gehandelt hat, dienen folgende Punkte:

1. Der Vater hatte vor mehreren Jahren einen Schanker.

2. Bei der Mutter trat im ersten Monat der Gravidität ein Geschwür an den Genitalien auf, welchem nach etwa 6—8 Wochen ein universeller Ausschlag folgte. Heilung nach einer Schmierkur.

3. Das Kind wurde mindestens um drei Wochen zu früh geboren.

4. Das Neugeborene wiegt kaum vier Pfund und hat das greisenhafte, welke Aussehen syphilitischer Kinder.

5. Das Kind weist Papeln am After, Pemphigusbläschen in den Handflächen, ein Geschwür auf der Zunge und Leberschwellung bereits am vierten Tage p. part. auf. Das Geschwür im Munde blutet leicht; hier wird niemand an Sepsis denken; auffälliger sind schon die blauen Flecke am Thorax. Mir scheint es aber nicht ausgeschlossen, daſs dieselben doch durch den Händedruck der Hebamme hervorgerufen waren, zumal es sich hier um ein sehr schwächliches Kind handelte, bei dem schon der gewöhnliche Druck ausgereicht haben kann, um eine Läsion der, wie Mračeк u. a. nachgewiesen haben, veränderten Gefäſse luetischer Neugeborener hervorzurufen. Ähnliche Blutungen finden sich auch bei sonst ganz Gesunden am Thorax post partum.

Wenn wir uns nun nach anderen Beweisen für eine gleichzeitige Sepsis umsehen, so fallen dieselben insgesamt negativ aus.

Das Kind ist ständig fieberfrei. Wenn wir nun auch wissen, daſs Neugeborene unter Umständen eine sehr niedrige Temperatur bei Allgemeinerkrankungen aufweisen, so möchte doch ein absolut fieberloser Verlauf einer Sepsis als Ausnahme zu betrachten sein.

Sehen wir uns nach der Infektionsquelle um, so läſst uns auch diese im Stich. Die Bläschen in der Hand sind unversehrt. In ihrem Inhalt lieſsen sich keine Kokken nachweisen. Einzig und allein das Bläschen im Munde ist geplatzt und, wenn die Angabe der Wärterin richtig ist, erst an dem Tage, an welchem ich geholt wurde; da haben aber bereits die Blutungen am Thorax bestanden. Es müſste also die Infektion rascher als je den ganzen Organismus durchseucht haben. Aber zugegeben,

die Wärterin habe sich geirrt, das Bläschen sei am ersten oder zweiten, nicht erst am vierten Tage geplatzt, dann könnte eine Infektion vom Munde aus erfolgt sein. Dagegen spricht aber, 1. dafs das Kind nur Muttermilch erhielt, die Mutter selbst aber gesund und fieberfrei war und blieb, und 2. dafs die Wärterin bisher den Mund der Kleinen nicht ausgewaschen hatte, sondern erst jetzt von mir dazu angehalten werden mufste.

Jetzt komme ich zu der gewöhnlichsten Infektionsquelle, dem Nabel; dieser war aber noch bis zum sechsten Tage ganz in Ordnung. Der Nabelschnurrest war trocken und liefs durchaus keine Abweichung von der Norm erkennen. Wäre derselbe schon abgefallen gewesen, so hätte ja hier die Infektion erfolgt sein können. Weiter aber trat am sechsten Tage eine „Nabelblutung" ein. In Wirklichkeit liegt aber die Sache anders. Der Nabelschnurrest wollte abfallen. Infolge der luetischen Beschaffenheit der Gefäfse kommt es jetzt bei der Loslösung zur Blutung aus den Granulationen. Eine Infektion vom After kann ich nicht ausschliefsen, doch will mir nicht recht einleuchten, wie dieselbe zu stande gekommen sein soll. Hier könnte mir nun der Einwand gemacht werden, vielleicht würde das Kulturverfahren post mortem die Anwesenheit von Kokken, welche sich bei der mikroskopischen Untersuchung nicht nachweisen liefsen, ergeben haben. Ich gebe denjenigen, welche diese Möglichkeit zugelassen haben wollen, vollständig Recht. Allein seitdem Kassowitz u. a. bei syphilitischen Neugeborenen ohne Sepsis und ohne Blutungen Kokken nachgewiesen haben, würde der positive Ausfall auch nichts bewiesen haben.

Nach diesen Überlegungen wäre ich auf Grund der klinischen Beobachtung nicht abgeneigt, auch die Blutungen als eine Folge der Lues hereditaria anzusehen, und glaube, dafs der geschilderte Fall aus diesem Grunde und infolge seiner sehr bedeutenden Ausdehnung nicht ohne Interesse ist. Da nun derartige Blutungen viel häufiger infolge der ererbten als infolge der erworbenen Syphilis auftreten, so halte ich auch die Bezeichnung: „Syphilis haemorrhagica neonatorum" für berechtigt.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Über Verwendung von Anilinmischungen zur tinktoriellen Isolierung von Gewebselementen.

Von

P. G. Unna.

Seitdem Weigert das Anilinöl als Entfärbungs- (und Entwässerungs-) Mittel in die Histologie einführte, hat dasselbe eine stets wachsende Bedeutung in der tinktoriellen Differenzierung der Gewebselemente erlangt. Die folgenden Zeilen sollen, indem sie die von verschiedenen Gesichtspunkten ausgehenden und zu verschiedenen Zeiten von mir gemachten Beobachtungen über ein sich hieran anschliefsendes Gebiet, nämlich über die entfärbende Wirkung von Anilinmischungen, zusammenfassen, Anregung dazu geben, dieses fruchtbare und, wie ich aus einzelnen Angaben ersehe, auch von anderen Autoren neuerdings sporadisch in Angriff genommene Feld systematisch zu bearbeiten.

Es verdient dasselbe eine gesonderte und prinzipielle Betrachtung, weshalb ich es auch seiner Zeit unterlassen habe, an die zerstreuten Erwähnungen desselben in den technischen Artikeln des letzten Jahres bereits ausführlichere Erörterungen zu knüpfen. Doch will ich nicht unterlassen, ehe ich an eine systematische Besprechung der von mir gebrauchten Anilinmischungen gehe, an diese bisher vereinzelten Angaben zu erinnern. So empfahl ich zur Darstellung des Mucins im Rückenmark: Mischungen von Anilin mit Alaun, mit Glycin und mit Salpetersäure (Bd. XVIII. pag. 68), zur Darstellung der Oberhautpilze: Mischungen mit Eosin und Pikrinsäure (Bd. XVIII. pag. 261), zu der des Protoplasmas solche mit Alaun und Kochsalz (Bd. XIX. pag. 237) und endlich wieder solche mit Mineralsäuren, speziell mit Salzsäure (Bd. XIX. pag. 673).

Während die einzige, bisher allgemein gebräuchliche Anilinmischung, nämlich die mit Xylol, den Zweck verfolgt, die entfärbende Kraft des Anilins zu mäfsigen und dadurch gewisse Gewebselemente vor der Entfärbung zu bewahren, wollen die sogleich zu besprechenden Mischungen die Anilinentfärbung in irgend einer neuen Richtung verstärken, in ähnlicher Weise, wie wir schon längst durch Zusatz einer Mineralsäure die entfärbende Kraft des Alkohols für basische Farbstoffe zu erhöhen pflegen. Die Übertragung dieser Modifikation vom Alkohol auf das Anilinöl liegt ungemein nahe und erscheint besonders rationell, da es in vielen Fällen gerade die basische Natur des Anilins zu sein scheint, welche die gewünschte Entfärbung der basischen Farben erschwert.

Anders liegt die Sache bei den in Anilinöl unlöslichen Salzen, und ich wäre kaum darauf gekommen, diesen anscheinend höchst irrationellen Weg der Entfärbung zu verfolgen, wenn nicht einige auffallend günstige und rein empirisch gewonnene Ergebnisse mich immer wieder zu demselben zurückgeführt hätten. Alaun und Kochsalz sind in wasserfreiem Anilinöl höchstens in unwägbaren Spuren löslich, und doch besitzen wir in den sorgfältig filtrierten Mischungen des Anilins mit diesen Salzen äufserst kräftige Entfärbungsmittel, mit denen wir beispielsweise bei der Darstellung des Protoplasmas weit mehr erreichen, als mit manchen, weit rationeller erdachten, löslichen Verstärkungsmitteln des Anilins.

Ein angeborener Hang zum Rationalismus, der an blofs empirisch gefundenen, für das Denkvermögen unverdaulichen Thatsachen kein Genüge findet, trieb mich dazu, nach rationeller erscheinenden, weil wirklich in Anilin löslichen, Salzen zu suchen. Ich fand denn auch, dafs die meisten ölsauren Salze[1] sich in erheblichen Mengen in Anilin wirklich lösen lassen. Herr Professor WALLACH, mit dem ich dieselbe Angelegenheit zufällig besprach, hatte die Güte, mich weiter auf die Löslichkeit der Anilinsalze in Anilin aufmerksam zu machen. Dieselben lassen sich leicht durch Sublimation wasserfrei erhalten und sind ebenfalls hochgradig löslich in wasserfreiem Anilinöl. Auf diese Weise wurde es mir möglich, den Verdacht zu beseitigen, dafs im Anilinöl enthaltene Wasserreste oder hinzukommendes Krystallwasser der Salze bei der Entfärbung beteiligt seien. Wirklich entfärben einige dieser absolut wasserfreien Salze, in wasserfreiem Anilin gelöst, in zufriedenstellender Weise, und es stellte sich heraus, dafs die Anilinsalze bei der Entfärbung einige ausgezeichnete Isolierungen (Mitosen, Bakterien etc.) bewirken.

Mit dieser Erkenntnis war aber die Thatsache, dafs die unlöslichen Salze auch (wenn auch in anderer Richtung) die entfärbende Kraft des Anilins verstärken, nicht erklärt. Herr Professor WALLACH, dem ich dieses Dilemma vortrug und welcher eine Löslichkeit des Kochsalzes und Alauns im Anilin für höchst unwahrscheinlich hielt, meinte, es könne vielleicht bei längerem Kontakt mit den Salzen sich Anilinsulfat, resp. Hydrochlorat bilden und diese mit dem Alaun, resp. Kochsalz Doppelverbindungen eingehen. Diese Hypothese sagte mir um so mehr zu, als der prolongierte Kontakt mit den Salzen auch zur Wirksammachung der Mischung sehr notwendig ist; je länger er dauert, desto wirksamer (d. h. stärker entfärbend) wird die Mischung. Übrigens war sie durch den Versuch leicht zu prüfen; ich brauchte nur das Hydrochlorat (resp. Sulfat) des Anilins vorher im Anilin zu lösen und diese Lösung dann

[1] Die Ölsäure ist bis nahezu 15% in Anilin löslich.

auf ihr Lösungsvermögen für Kochsalz (resp. Alaun) zu untersuchen. In der That ergab schon der erste Versuch, dafs eine 1 %ige Lösung von Anilinhydrochlorat in Anilin eine nicht unbedeutende Menge, nämlich ¼ % Kochsalz direkt zu lösen vermag, womit zugleich die entfärbende Kraft der Flüssigkeit bedeutend wächst. Diese Versuchsreihe führte dann praktisch zur Einführung von Doppelsalzlösungen in die Reihe der entfärbenden Mittel.

Von sonstigen Verstärkungsmitteln ist in erster Linie hervorzuheben die Gerbsäure. Wie in der wässerigen Lösung, ist sie auch hier als Entfärbungsmittel nur bei hoher Prozentuierung von Wert. Da ich aber auch schwache Lösungen 0,1—1 % von Tannin in Anilin — übrigens ohne Erfolg — versuchte, in Fällen, wo Anilin allein zu stark entfärbte und Tannin als abschwächendes Mittel und Beize zugleich dienen sollte, so kam ich auf die Idee, auch die anderen mir bekannten Fixierungsmittel in schwacher Dosis dem Anilin beizumischen; vielleicht dafs sich auch hier abweichende Wirkungen gegenüber den wässerigen Lösungen ergeben würden. Diese Versuche scheiterten bei den meisten (Chromsäure, Chromate, rotes und gelbes Blutlaugensalz, Arsensäure und arsenige Säure) wegen eintretender Zersetzung der Mischungen; nur Jod liefs sich in reichlicher Menge in Anilin lösen und ergab sehr wirksame Lösungen.

Und wirklich erweist sich das Jodanilin in den meisten Verhältnissen als ein äufserst starkes Entfärbungsmittel, dem keine noch so starke und anderweitig fixierte Methylenblaufärbung standhält; nur bei äufserst schwacher Procentuierung (0,01—0,1 %) tritt die fixierende und dadurch differenzierende Eigenschaft des Jods in der Anilinlösung zuweilen hervor (z. B. bei der Färbung von Krusten, Scutula).

Dieses Resultat war mir also keineswegs überraschend; denn nach meinen färberischen Anschauungen kann eben jede Beize auch als Entfärbungsmittel dienen, wenn sie in veränderter Lösung benutzt wird. Stets tritt ein und dieselbe Verbindung zwischen Beize und Farbe ein; aber in dem einen Falle reifst die Beize die Farbe aus ihrer Verbindung mit dem Gewebe heraus, um sie mit in das Lösungsmittel der Beize zu übertragen (Entfärbung des Gewebes), das andere Mal reifst die auf dem Gewebe befindliche Farbe die Beize aus ihrem Lösungsmittel an sich und schlägt sie auf sich nieder (Fixierung im Gewebe).

Um mit Jod zu fixieren, mufs man es in einer Lösung anwenden, welche selbst die Farben nicht reichlich oder gar nicht löst, z. B. in Jodsalzlösungen, Wasser, schwachen Alkalien (zur Fixierung von basischen Farben); weniger gut schon und nur bei starker Verwandtschaft der Gewebselemente zur Farbe: in Spiritus. Andernfalls verstärkt das Jod durch seine eigene Verwandtschaft zur Farbe die Entfärbung bedeutend; so ist es mit dem Jodanilin. Ich habe es als Entfärbungsmittel

praktisch nur brauchbar gefunden in schwächster Procentuierung; gut dagegen in der Mischung mit Tannin als Jodtanninanilin.

Endlich habe ich noch über Versuche zu berichten, die Reduktionsmittel, insbesondere die der Phenolreihe, in Anilinlösungen zur Verwendung zu bringen. Wie meine Arbeit über Darstellung der Hornbakterien ergeben hat, sind diese Körper in wässerigen Lösungen sehr geeignet zur tinktoriellen Isolierung der Bakterien in Schuppen und Krusten. Ich verwandte schwache und konzentrierte Lösungen von Karbolsäure, Salicylsäure, Resorcin, Pyrogallol, Ortho-, Para- und Metakresol und weiter Kreosot und Hydroxylaminsalz (s. auch die Salze). Von allen diesen bewährten sich aber als gute Entfärber nur die Mischungen mit Karbolsäure und Hydroxylaminsalz.

Diese bisher von mir in Gebrauch gezogenen Anilinmischungen zerfallen in sechs natürliche Gruppen:

1. Mischungen von Anilin mit Säuren.
2. „ „ „ „ Salzen und Doppelsalzen.
3. „ „ „ „ sauren Farben.
4. „ „ „ „ sauren Farben u. Säuren (oder Salzen).
5. „ „ „ „ Jod.
6. „ „ „ „ Karbolsäure.

1. Mischungen von Anilin mit Säuren.

Unter den Säuren haben sich mir bewährt: die Salpetersäure, Salzsäure, Ölsäure, Gerbsäure und Pikrinsäure.

Die Salpetersäure in 1‰iger Lösung in Anilin ist vor allem für die Darstellung von Fadenpilzen in Kulturen zu verwerten, da der Agar durch den Säurezusatz gut entfärbt wird, weiter aber auch für Bakterien der Cutis, welche nicht von Leukocyten direkt umgeben sind, z. B. von Milzbrandbacillen in Lymphspalten und Blutgefäfsen. Die Organismen werden ebensoscharf definiert, wie durch Anilin allein, aber die Entfärbung geht ungemein rasch vor sich; sie dauert meistens nur wenige Sekunden. Der Rest des Entfärbungsmittels kann direkt durch Xylol aus dem Gewebe gespült werden.

Für Eiterorganismen und die Organismen der Hornschicht eignet sich die Salpetersäure-Anilinmischung nicht so gut, da Nuklein und Keratin zu wenig entfärbt werden. Nur in stark degenerierten ganzen Trichophytonhaaren und in Haarschnitten, z. B. denen der Favusscutula, treten die Pilze rasch und klar hervor.

Analog wie ein Zusatz von Salpetersäure, wirkt ein ebenso schwacher (1‰iger) von Salzsäure; doch ziehe ich die erstere im allgemeinen vor, da die Konturen dabei schärfer hervortreten und manche unwichtige Dinge besser entfärbt werden, beispielsweise der Agar. Für Eiterorganismen und

Organismen der Hornschicht ist die Salzsäure-Anilinmischung auch nicht verwendbar.

Ganz und gar nicht kann ich diese Säuremischungen weiter zur Darstellung des Protaplasmas empfehlen, wenn auch starke Anhäufungen von Granoplasma, wie in den Plasmazellen, durch dieselben hervorgehoben werden. Alle feineren Protoplasmafortsätze, speziell alles Spongioplastische, wird bis zur Unkenntlichkeit entfärbt. Dagegen sind beide Säuremischungen wiederum ganz gut brauchbar, um das durch rotes Blutlaugensalz fixierte und violett umgefärbte Gewebe zu entfärben. Besonders die fibrilläre Struktur des jüngeren kollagenen Gewebes in vernarbendem Granulationsgewebe kommt bei keiner anderen mir bekannten Färbung so gut zum Vorschein. Ebenso die fibrilläre Struktur der Muskeln, wenn diese mit viel kollagenem Gewebe untermischt sind, während mir diese Muskelfärbung bei reinen Muskelschnitten noch nicht geglückt ist.

Die Essigsäure und Oxalsäure sind ebenfalls zur Verstärkung der Anilinentfärbung brauchbar; doch habe ich bisher keinen Vorzug derselben gegenüber den Mineralsäuren gefunden.

Die Oelsäure schien mir eine Zeitlang einen ganz besonders hervorragenden Platz unter den Adjuvantien und Korrigentien des Anilins zu verdienen. Ich habe die Konzentration von 1‰ bis ca. 15% für die verschiedensten Entfärbungen brauchbar gefunden, da dieselben rasch vor sich gehen und leicht auf jeder gewünschten Stufe zu fixieren sind. Doch bin ich allmählich wieder von derselben zu Gunsten gewisser Salze mehr zurückgekommen, da die Konturen der Zellen und Pilze bei der Ölsäure-Anilin-Entfärbung weniger scharf werden. Am meisten empfiehlt sich eine 5—10%ige Ölsäurelösung. Auch hier verleugnet sich der Säurecharakter des Zusatzes nicht; die Mischung stellt Kerne besser dar, als Protoplasma; doch kann man immerhin Plasmazellen (z. B. in Granulationen) damit ganz gut hervorheben. Die Mastzellenkörner (rot auf blauem Grund) treten ebensogut hervor, wie solche Kokken und Bacillen, welche nicht in Eiter eingebettet sind, z. B. Erysipelkokken und Milzbrandbacillen. Für erstere ist die Ölsäure als schwächere Säure weit mehr zu empfehlen, als die vorher genannten Mineralsäuren; selbst eine 10%ige Ölsäuremischung stellt sie noch besser dar, als eine 1‰ige Salzsäuremischung. Vorzüglich sind die Ölsäuremischungen auch für die Färbung von Schnitten der Hyphomyceten in Agarkulturen; besonders für die der Endbläschen und gelben Körper mehrerer Favuspilze habe ich sie gut befunden, indem diese auf dem entfärbten Agar sehr gut hervortreten. Auch für die Tinktion der Scutula sind sie empfehlenswert. Man kann sie direkt mit Xylol aus dem Gewebe spülen.

Die Gerbsäure nimmt, wie überhaupt, so auch in Form der Anilinmischung, eine eigentümliche Stellung ein. Der ausgesprochene Säure-

charakter macht die 10%ige Mischung speziell zur Kerndarstellung brauchbar. Und doch ist die Mischung wegen der Fixationseigenschaften des Tannins auch nicht für Protoplasmadarstellungen ganz unbrauchbar; so kann man spongioplastische Zellenausläufer in Granulationen mittelst derselben gefärbt erhalten; sie differenziert ebenfalls die glatten Muskeln vom Kollagen. Was die Organismen anbetrifft, so möchte ich sie nur für Milzbrandbacillen und Organismen von ähnlicher Säurefestigkeit empfehlen. Für Lepra- und Tuberkelbacillen ist die Mischung nicht in derselben Weise anwendbar, wie die wässerigen Tanninlösungen. Dagegen wird das Mucin des Nervensystems von den Tannin-Anilinmischungen in schönem Rot hervorgehoben.

Endlich kann man Hyphomyceten in Agarkulturen mittelt der Tannin-Anilinmischung sehr gut darstellen. Hierbei, wie auch in höherem oder geringerem Grade bei allen übrigen Entfärbungen mit dieser Mischung macht sich das fixative Vermögen des Tannins durch ein besonderes Festhalten der Nebenfarben (Violett und Rot) des polychromen Methylenblaus auf bestimmten Strukturelementen in hervorragendem Maſse geltend. Daher kann ich die etwas bunten, mit dieser Mischung erzielten Bilder besonders dort empfehlen, wo man im kleinsten Raume Differenzen der Färbung zu erzielen wünscht, so z. B. bei Pilzkulturen zwischen Hyphen und Sporen, jungen und alten, frischen und absterbenden Strukturelementen, bei den Intercellularsubstanzen zwischem jungem und altem Kollagen, mucinhaltigen und mucinfreien Abschnitten u. s. f.

Als ein geringer Nachteil der Tannin-Anilinmischung gegenüber den anderen Säuremischungen muſs hervorgehoben werden, dass dieselbe sich nicht direkt mit Xylol abspülen läſst; die damit entfärbten Schnitte müssen erst mit reinem Anilin durchspült und dadurch von den Tanninresten befreit werden.

Die Pikrinsäure verstärkt die Entfärbungskraft des Anilins nicht nur als Säure, sondern auch als saure Farbe und muſs daher, wie ich bereits a. a. O. angab, nur sehr schwach procentuiert angewandt werden (1‰—1%). Will man die entfärbende Kraft steigern, so thut man nach meinen Erfahrungen am besten, noch eine Mineralsäure zuzusetzen, z. B. Anilin + 1‰ Pikrinsäure + 1‰ Salpetersäure. Stärkere reine Pikrinmischungen entfärben das Methylenbleu auch meistens sehr rasch aus den tinktoriell zu isolierenden Strukturen. Die Pikrinsäure wird uns noch unter den Farbzusätzen wieder begegnen; sie spielt eine Rolle bei den Darstellungen der Pilze in der Hornschicht, den Krusten und Haaren.

2. Mischungen von Anilin mit Salzen und Doppelsalzen.

Über die Wirkung der Zusätze von Alaun und Kochsalz habe ich bereits ausführlicher bei Besprechung der Protoplasmafärbungen gehandelt, auf welche Stellen ich hier verweise. Diese Mischungen haben sich ferner

ausgezeichnet bewährt bei Entfärbung der Schuppen in Reibepräparaten, der Scutula, der Schafte von epilierten, ganzen Haaren (nicht deren Wurzelscheiden), der Agarkulturen.

Im allgemeinen verstärken die Salzzusätze die entfärbende Kraft des Anilins in viel geringerem Grade, als die Säurebeimischungen, eine Thatsache, deren Grund nicht etwa in den geringen Quantitäten zu finden ist, welche sich allmählich indirekt im Anilin von den direkt nichtlöslichen Salzen lösen. Denn dieselbe Thatsache tritt uns bei den direkt anilinlöslichen Salzen ebenfalls entgegen; beispielsweise wirkt der Zusatz von 1% Ölsäure ungleich stärker entfärbend, als der von 1% ölsaurem Bleioxyd.

Im allgemeinen wirken die sauren Salze und neutralen Chloride, deren Prototypen die obengenannten Salze: Alaun und Kochsalz sind, verstärkend auf die Entfärbungskraft des Anilins. So bewirkt beispielsweise ein Zusatz des direkt unlöslichen salzsauren Hydroxylamins zum Anilin eine sehr gute Darstellung der Hornbakterien auf zerriebenen Schuppen. Diese, wie die Bakterien werden dabei violett gefärbt.

Dagegen ergaben eine grofse Reihe anderer, basischer und neutraler, oxydierender und reduzierender, hygroskopischer und nichthygroskopischer Salze keinen Verstärkungseffekt der Entfärbung; meistens wird sogar durch diese Zusätze die Entfärbungskraft des Anilins herabgesetzt oder aufgehoben. Dahin gehören die kohlensauren Alkalien, basisch phosphorsaures Natron, die neutralen Sulfate und Nitrate der Alkalien und Erden, Kali chloricum, Natrum subsulfurosum. Dagegen ist beispielsweise ein Zusatz der Solutio calcii bisulfurosi wiederum wirksam. Immerhin möchte ich zunächst bei der Empfehlung der schon früher besprochenen Salze: Alaun und Kochsalz und des salzsauren Hydroxylamins stehen bleiben. Nach dem in der Einleitung Gesagten wird man die entfärbende Kraft dieser Mischungen sofort bedeutend verstärken und auf eine Höhe bringen, welche die einfachen Salzmischungen nur langsam erreichen, wenn man, anstatt die Salze mit reinem Anilin zu mischen, sie in einer Lösung von salzsaurem oder schwefelsaurem Anilin in Anilin direkt auflöst.

Von Oleaten, die in Anilin sich löslich zeigten, lag mir eine gröfsere Reihe in chemisch reinem Zustande zur Prüfung vor. Die ölsauren Alkalien, das Thonerdeoleat und Silberoleat, erwiesen sich als unbrauchbar, da sie sich entweder schon bei der Lösung in Anilin oder allmählich zersetzten. Unzersetzt löslich sind das Kupfer- und Zinnoleat, doch verstärken sie durchaus nicht die Entfärbungskraft des Anilins. Ihnen zunächst steht das Quecksilberoleat, mit welchem ich bereits einige gute Entfärbungen (z. B. Plasmazellen in ödematösen Granulationen) erzielen konnte. Durchaus brauchbar fand ich unter den mir zur Verfügung stehenden Oleaten dagegen die Blei-, Nickel- und Cadmiumverbindungen; sie entfärbten ziemlich gleich gut die Kerne und Intercellular-

substanzen und stellten somit das Protoplasma dar. Ich verwandte im im allgemeinen 1%ige Lösungen, doch vom Bleioleat auch die 5%ige, 10%ige und 15%ige Lösung in Anilin. Da das Bleioleat (reines Bleipflaster) überall leicht erhältlich, dagegen die Nickel- und Cadmiumoleate kaum den Histologen zur Hand sein werden, so empfehle ich von allen Oleaten hauptsächlich nur das Bleioleat, und zwar in 10%iger Lösung. Dieselbe entfärbt die maximal mit polychromer Methylenblaulösung vorgefärbten Präparate ungefähr ebensostark und mit ähnlicher Schonung des Spongioplasmas der Zellen, wie Alaun und Kochsalz; die Konturen sind jedoch, wie bei Anwendung der Oleate überhaupt, weicher, als bei jenen Salzen. Natürlich kann die Lösung von Bleioleat in Anilin nach dem Gesagten auch sehr gut zur Darstellung der Plasmazellen dienen. Sonst hat sie sich noch bei Entfärbung des Agars von Favus- und Trichophytonkulturen bewährt.

Ich wende mich nun zu einem ebenso theoretisch interessanten, wie praktisch wichtigen Zusatz des Anilins, dem salzsauren Anilin. Dasselbe bildet ein weifses, krystallinisches Pulver, das sehr leicht sublimiert und daher durch Sublimation auf einfache Weise vollkommen rein und wasserfrei zu erhalten ist. Ich habe dasselbe in allen möglichen Procentverhältnissen von 1‰—10% in Anilin gelöst verwendet und empfehle für die meisten Fälle eine 1%ige Lösung. Es entfärbt schon in dem schwächsten Procentverhältnis (1‰) sehr rasch und liefert klare, scharf konturierte Bilder. Aufser diesem allgemeinen Vorzug vor anderen Salzen kommen ihm aber noch besondere Eigentümlichkeiten zu. Die erste, wertvolle Eigenschaft, die man bei seinem Gebrauche beobachtet, ist die relativ starke Entfärbung der Kerne. Dadurch reiht es sich der kleinen uns zu Gebote stehenden Zahl von Mitteln an, welche Mikroorganismen innerhalb des Eiters, besonders auf Schnitten, gefärbt hervorheben (Jod, Chromsäure, Eisenvitriol, Seife, Arsensäure), und verdient nach dem Jod die zweite Stelle. Aufser für den Nachweis der Staphylokokken bei den echten Vereiterungen der Haut ist es sehr brauchbar zum Studium der Organismen des Erysipels und Milzbrandes. Man hat es ganz in der Hand, durch kürzere oder längere Entfärbung den Gewebscharakter stärker hervor- oder gegenüber den Organismen zurücktreten zu lassen.

Die relativ starke Entfärbung der Kerne macht die Lösung von salzsaurem Anilin in Anilin sodann zu einem wertvollen Mittel zur Darstellung der Mitosen an Alkoholpräparaten; dieselbe reiht sich in dieser Beziehung der Glycerinäthermischung an. Auch hier ist es geraten, das Gewebe stark zu entfärben, damit schon bei schwacher Vergröfserung die Mitosen allein dunkel gefärbt im Bilde übrig bleiben.

Die Hyalinkugeln der Bindegewebszellen (Rhinosklerom, Aktinomykose) treten bei starker Entfärbung in den schwach gefärbten Zellen dunkelblau

hervor. In den Körnerzellen des Epithels tritt eine feine rotstreifige Zeichnung auf.

Da die Kerne durch diese Lösung rasch und relativ stark entfärbt werden, hoffte ich, dieselbe für die Darstellung der Streptobacillen des weichen Schankers verwerten zu können; doch diese Erwartung erfüllte sich nicht, da die Streptobacillen meistens rascher selbst entfernt wurden. In dieser Beziehung kann sich die Lösung von salzsaurem Anilin in Anilin mit der Glycerinäthermischung nicht messen, wie sie denn auch durchaus kein besonders gutes Mittel zur Darstellung des Granoplasmas der Zellen (Plasmazellen) ist. Man versteht ihre Wirkung am besten, wenn man sie gleichsam als ein farbloses Salz einer basischen Anilinfarbe betrachtet. Sie entfärbt ziemlich genau so, wie ein in Anilin gelöstes salzsaures Salz einer basischen Anilinfarbe das Methylenblau des Präparates verdrängen würde, um sich selbst an dessen Stelle zu setzen.[2]

3. Mischungen von Anilin mit sauren Farben.

Die Idee, saure Farben dem Anilin beizumischen, verfolgt von vornherein zwei verschiedene Zwecke. Einmal wirkt die beigemischte Farbe als mehr oder minder starker Entfärber des Methylenblaus (sie entzieht das basische Methylenblau den basischen, neutralen und weniger sauren Gewebsbestandteilen), ähnlich einer schwachen Säure; zweitens giebt sie zugleich eine Kontrastfärbung derselben Gewebselemente. Als saure Farben haben sich bewährt: die Pikrinsäure, Eosin und Säurefuchsin, deren entfärbende Kraft in der hier gegebenen Reihenfolge abnimmt. Wie ich schon gelegentlich der Darstellung der Oberhautpilze in natürlichen Reinkulturen bemerkte, wirkt Pikrinsäure etwa zehnmal so stark wie Eosin entfärbend, während die umfärbende Kraft derselben nur unwesentlich stärker als beim Eosin ist; in den meisten Fällen kommt man mit einer 1‰igen Lösung von Pikrinsäure und einer 1‰igen Lösung von Eosin aus. Die färbende Kraft des Säurefuchsins ist durch das basische Lösungsmittel (Anilin) so sehr abgeschwächt, dafs man wiederum

[2] Wenn man bedenkt, dafs ein äufserst geringer Zusatz von Salzsäure zum Anilin (z. B. 1‰ HCl) ebenfalls eine rapide Entfärbung des Methylenblaupräparates bewirkt, aber in ganz anderer Weise (die basophilen Substanzen, vor allem: die Kerne treten hervor), wie ein ebenso geringer Zusatz von salzsaurem Anilin, so wird man von Bewunderung erfüllt für die Schärfe dieser Reaktionen zwischen Farben, Entfärbern und Gewebselementen. Dieselben werden wohl noch einst in der theoretischen Physik und Chemie eine Rolle zu spielen berufen sein. Denn bei der verschwindenden Differenz in der Atomenzahl der beiden genannten, aus denselben Substanzen (Salzsäure und Anilin) bestehenden Lösungen kann die erhebliche tinktorielle Verschiedenheit ihrer Wirkung gewifs nur auf dem Unterschiede der Lagerung der wenigen Salzsäuremoleküle im Verhältnis zu den Anilinmolekülen beruhen. Und dafs diese Verschiedenheit lediglich auf dem Säure-, resp. Salzcharakter des an Masse ganz verschwindenden Zusatzes zurückzuführen ist, während die 1000fach so grofse Menge des Lösungsmittels (Anilin) dabei keine ausschlaggebende Rolle spielt, ist wieder einmal ein Beweis für die wesentlich chemische Natur des Färbeprozesses.

etwa auf das zehnfache Gewicht (1%) steigen muſs, um eine einigermaſsen gute, d. h. mit der Entfärbung Schritt haltende Gegenfärbung zu erhalten.

Auſser bei Methylenblaupräparaten (Schnitten durch Haut, Krusten, Schuppen, Scutula) werden die durch saure Farben verstärkten Anilinmischungen sehr vorteilhaft am Schlusse der Gentiana-Jod-Methode anstatt des einfachen Anilins (nach WEIGERT) verwandt, wo es sich um Darstellung von Mikroorganismen handelt. Die Darstellung des Fibrins, der Epithelfasern und kollagenen Fasern mittelst der Gentiana-Jod-Methode dagegen leidet stets unter dem Zusatz saurer Farben zum Anilin, weshalb dieselben hierbei zum Zwecke der Abkürzung des Verfahrens und der Kontrastfärbung nicht zu empfehlen sind. Andere starke saure und durch die Gentiana-Jod-Methode darstellbare Objekte (Mitosen, saure Kerne, gewisse hyaline Degenerationsprodukte, Keratohyalin) vertragen dagegen ganz gut einen vorsichtigen Gebrauch dieser Mischungen, durch deren Anwendung man dann natürlich sehr einfach und rasch schöne Gegenfärbungen erzielen kann.

4. Doppelmischungen von Anilin mit sauren Farben und Säuren oder Salzen.

Die hier wohl allein in Betracht kommenden sauren Farben sind die drei oben genannten: Pikrinsäure, Eosin und Säurefuchsin. Als Säuren habe ich nur die folgenden drei benutzt: Salpetersäure und Salzsäure in der Stärke von 1‰ und Ölsäure als 10%ige Mischung.

In diesen Doppelmischungen mit saurer Farbe und freier Säure treten natürlich die sauren Farben viel kräftiger hervor und erzeugen rascher und kräftiger Gegenfärbungen, als in den unter 3. betrachteten einfachen Farbmischungen. Dieselben sind daher von mir vorzugsweise dort benutzt worden, wo das Methylenblau in den in Betracht kommenden Gewebsbestandteilen (Bakterien) sehr stark fixiert und eine kräftige und rasche Entfärbung daher möglich und erwünscht ist, z. B. bei der raschen Darstellung der Bakterien in Krusten. Der Zusatz an saurer Farbe kann aus demselben Grunde bis auf 1‰ auch beim Eosin und Säurefuchsin zurückgehen. Salzsäure und Salpetersäure sind für die rapide Krustenuntersuchung gleichwertig, Ölsäure ist — auch bei 10% — zu schwach. Die Pikrinsäuremischung entfärbt am schnellsten (in etwa 1 Minute), aber auch manchmal (bei gewissen schwächer färbbaren Organismen) zu stark. Die Eosin-Säure-Mischung bringt am raschesten eine gute Gegenfärbung hervor und entfärbt in etwa 5 Minuten. Die Säurefuchsin-Säure-Mischung liefert (auch ca. in 5 Minuten) zuweilen sehr schöne Präparate, indem Entfärbung und Gegenfärbung ganz gleichzeitig vollendet sind, besonders in der Mischung mit Salpetersäure. Einen noch

gröfseren Kreis der Anwendung hat sich die Mischung des Anilins mit einer sauren Farbe (Eosin) und zwei verschiedenen Säuren erworben, nämlich die Salpetersäure-Tannin-Eosin-Anilin-Mischung und ganz speziell bei der Untersuchung der serösen Krusten auf Mikroorganismen. Die beiden Säuren wirken sich partiell entgegen, partiell verstärken sie sich. Während das geronnene Serum durch beide sehr rasch entfärbt wird, bewirkt das Tannin eine Fixation des Methylenblaus auf den Organismen und zugleich eine bessere Kontrastfärbung des Serums mit Eosin, so dafs die betreffenden Präparate ebenso vollkommen ausfallen, wie sie rasch herzustellen sind. Dieselbe komplicierte Mischung eignet sich auch noch für seröse Krusten, die Leukocyten und Fibrin in geringer Menge beigemischt enthalten; die gute Kontrastfärbung macht sie trotz der konkurrierenden Färbung der Kerne und des Fibrins klar und übersichtlich. Weiter ist dieselbe Mischung als Entfärbungsmittel brauchbar nach Anwendung der Gentiana-Jod-Methode auf Schnitte der Haut, wenn man Mitosen und Bakterien isoliert mit schöner Kontrastfärbung rasch darstellen will. Die Schnitte werden abgetrocknet und mittelst der Mischung zugleich entwässert, entfärbt und umgefärbt.

Die bisher besprochenen Mischungen eignen sich aber nur gut zur raschen Entfärbung solcher Krusten, welche nicht zu viel Eiterkörperchen und Fibrin enthalten, also der serösen und vor allem der Krusten von Impetigo vulgaris und circinata, von viel Serum enthaltenden Ekzemkrusten, von krustösen Syphiliden, Lupusfällen etc. Für die Ekzemkrusten kommt bei dieser Methode in Betracht, dafs, wenn auch schichtweise Fibrinklumpen und Leukocyten massenhaft in dieselben eingesprengt sind, doch die schönsten Drusen der Morokokken gewöhnlich in denjenigen Partien der Krusten zu finden sind, die von klarem, geronnenem Serum gebildet werden. Sind die nachzuweisenden Bakterien dagegen mit sehr viel Leukocyten gemischt oder in Fibrin eingeschlossen, so tritt eine analoge Schwierigkeit für den Nachweis derselben ein, wie bei den Eiterorganismen; hier wie dort führt die Säuremischung nicht gut zum Ziele, da der Säurezusatz die Entfärbung der Leukocytenkerne und des Fibrins hindert. Für solche Fälle empfiehlt es sich, statt der Methylenblaufärbung die Gentiana-Jod-Methode anzuwenden und sodann mit einer Lösung von salzsaurem Anilin (1%) in Anilin zu entfärben. Die Kerne der Leukocyten, welche bei der Gentiana-Jod-Methode an und für sich nur schwach hervortreten, werden durch das salzsaure Anilin rasch und vollständig, das Fibrin sehr stark entfärbt, während die Organismen gut gefärbt hervortreten. Will man zugleich eine Gegenfärbung erzeugen, so mischt man Eosin besser nicht der Salz-Anilinmischung zu, sondern der Jod-Jodkaliumlösung und erhält dann verhältnismäfsig rasch auch mittelst der Gentiana-Methode schöne Doppelfärbungen.

Auch die Mischungen der Oleate habe ich mit Farbzusätzen versehen, doch für deren Anwendung keine besondere Indikation gefunden. Anders aber steht es mit den oben schon als besonders brauchbar hervorgehobenen Mischungen mit Kochsalz und Alaun, denen sich eventuell noch die Mischung mit salzsaurem Anilin anschliefst. Mit Zusatz einer sauren Farbe (besonders Eosin) liefern diese Mischungen mächtige und doch für die Organismen schonende Entfärber nicht nur für Schnitte von Krusten, Schuppen, Kulturen, Eiterpräparaten und für zerriebene Schuppen (Reibepräparate), sondern selbst für die rasche Entfärbung ganzer Haarschäfte, deren Entfärbung bisher nur bei stundenlanger Immersion in Pikroanilin oder Eosinanilin glückte. Aber immer dient der saure Farbzusatz in der Salz-Anilinmischung mehr zur kräftigen Entfärbung, als zur Umfärbung. Schöne Kontrastfärbungen erhält man nur, wenn man die Anilinmischung auch noch mit einem Säurezusatz versehen hat.

5. Mischungen von Anilin und Jod.

Ich habe schon oben bemerkt, dafs Jod, als Zusatz zum Anilin gebraucht, die entfärbende Kraft desselben für alle mit Methylenblau gefärbten Gewebe so beträchtlich steigert, dafs es, falls man eine Fixation auf einzelnen Teilen und nicht eine totale Entfärbung bezweckt, nur in schwachen Dosen gebraucht werden kann. Stark überfärbte Schnitte von serösen Krusten lassen sich durch 1%iges Jod-Anilin noch gut entfärben unter Erhaltenbleiben der meisten Organismen; die letzteren treten dann sogar recht scharf hervor. Kernreiche Krusten eignen sich etwas weniger gut, doch ist die Lösung auch hier noch brauchbar, wenn es auf rasche Herstellung von Übersichtsbildern ankommt. Bei ganzen und zerriebenen Schuppen dagegen ist sie ebensowenig empfehlenswert, wie zur Entfärbung von ganzen Haaren und Schnitten von Agarkulturen. Für die letzteren hat sich dagegen das Jodanilin nach einer mir freundlich zugegangenen Mitteilung von Herrn M. Colhoun, zur Zeit Präparator im Laboratorium von Mr. M. Morris (London), als sehr geeignetes Entfärbungsmittel nach Gentianavorfärbuug erwiesen. Ich fand andererseits, dafs für die in meinem Laboratorium zumeist angewandte polychrome Methylenblaufärbung eine Mischung von Jod (1‰) und Tannin (1%) mit Anilin die brauchbarste Flüssigkeit zu rascher Entfärbung abgiebt.[3] Gegenüber den früheren Methoden der Entfärbung von Agarkulturschnitten (Gentiana-, resp. Fuchsin mit Jod-, resp. Chrombeize- und Anilinentfärbuug) bedeutet diese einfache Procedur ohne eingeschobene Beize einen bemerkenswerten Fortschritt. Auch noch bei anderen Objekten läfst sich die Jod-Tannin-

[3] Sowohl das einfache Jod-Anilin, wie das Jod-Tannin-Anilin mufs mit reinem Anilin ausgewaschen werden, um eine spätere Abschwächung der Färbung zu vermeiden.

Anilinmischung zur raschen Differenzierung sehr gut verwenden, so z. B. bei Schnitten durch die serösen Krusten von Impetigo vulgaris. Für kernreiche Krusten ist sie dagegen nicht zu empfehlen, da das Tannin die Farbe auf den Kernen zu stark fixiert.

Natürlich kann man das Jodanilin auch noch mit vielen anderen der schon genannten Zusätze kombinieren, unter denen ich abseiten der Farben nur das Eosin, von den Säuren die Salpetersäure und von den Salzen Kochsalz und salzsaures Anilin nach eigener Erfahrung hervorhebe, die letztgenannten Mischungen zur Differenzierung kernreicher Krusten.

6. Mischungen von Anilin mit Karbolsäure.

In meiner Arbeit über die Färbung der Hornorganismen habe ich die Klasse der phenolartigen Körper zur Entfärbung der Hornsubstanz vorgeschlagen. Da nun einerseits Anilin als solches die mit Methylenblau vorgefärbten und abgetrockneten Gewebe nicht entfärbt, andererseits jene aromatischen Körper in Anilin sich reichlich lösen lassen, so lag es für mich nahe, Mischungen von Anilin mit denselben zur Darstellung der Hornorganismen zu versuchen. Es zeigte sich, dafs Karbolsäure als 30—50%iger Zusatz in der That zur Entfärbung verschiedener Hornsubstanzen unter Erhaltung der Färbung der eingeschlossenen Organismen geeignet sei. Ähnlich verhielt sich Orthokresol, weniger Meta- und Parakresol und Salicylsäure, am wenigsten Resorcin und Pyrogallol. Auch Kreosot erwies sich in in dieser Form als unbrauchbar zur Hornentfärbung.

Vorzüglich geeignet ist die Anilin-Karbolmischung bei der Untersuchung von zerriebenen Schuppen, und nicht nur nach der Färbung mit Methylenblau, sondern auch bei solchen mit Gentiana und Fuchsin vorgefärbten Präparaten. Noch schärfer treten die Organismen hervor, wenn man zwischen Färbung und Entfärbung eine Jodierung einschiebt. Ein Zusatz von Eosin zur Karbol-Anilin-Mischung verstärkt die Entfärbung und erzeugt gleichzeitig eine gute Kontrastfärbung der Methylenblau- und Gentianapräparate.

(Schlufs folgt.)

Aus der Praxis.

Oleum physeteris s. chaenoceti, Entenwalöl, als Salbenconstituens besonders bei der Behandlung von Acne vulgaris.

Von

Prof. C. Boeck - Christiania.

Über das Entenwalöl hat Prof. Dr. G. Guldberg in den *Monatsheften f. prakt. Derm.* Bd. X. (S. 437—43) einen interessanten Artikel veröffentlicht. Es wurde u. a. hier besonders die sehr grofse Penetrationsfähigkeit dieses Öles hervorgehoben. Aber eine andere, recht merkwürdige Eigenschaft desselben finde ich nicht erwähnt, nämlich dafs es offenbar zu einem gewissen Grade dem Leben und Wachsen der Bakterien in der Haut hinderlich ist. Diese Eigenschaft habe ich besonders bei der Behandlung von Acne vulgaris auszunutzen versucht, und zwar, wie es mir scheinen will, nicht ganz ohne Erfolg. Ich wende es gewöhnlich nach folgender Formel an:

℞ *Camphorae*
Acid. salycil. ā 0,30—0,50
Sulphur. praecipit. 10,00
Oxydi zinci 2,00
Saponis medic. 1,00
Ol. physeteris 12,00
Mf. ungt. äufserlich jeden Abend.

Morgens wird die Salbe mit Seife und Wasser abgewaschen. Kampfer soll auch aus dem Grunde zugesetzt werden, um den noch etwas unangenehmen Geruch des Öles zu verdecken.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 11. Juli 1895.

Vorsitzender: E. Besnier.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Herr Ducastel stellt zwei interessante Fälle von **Xeroderma pigmentosum** vor. Der erste ist typisch und infolge seines wiederholten Aufenthaltes im St. Louis Hospital bereits bekannt. Gegenwärtig trägt er auf der Nase ein vegetierendes, blumenkohlartiges Epitheliom. Der zweite Patient hat im Gesicht ein oberflächliches Epitheliom mit scharf markiertem, hartem Saume und vom Typus der Gesichts-

kankroide. Bei oberflächlicher Untersuchung würde man sich mit dieser Diagnose begnügen, indem man im Gesichte nichts weiteres bemerkt als zahlreiche Epheliden; an den Händen bestehen jedoch untrügliche Zeichen von Xeroderma pigmentosum. Die Läsionen im Gesichte sind demnach nur verwischt und bestehen aus den genannten Epheliden nebst dem Epitheliom an einer Stelle, eine häufige Komplikation des Xeroderma.

Herr Feulard stellt nochmals den jungen Mann mit **Lichen scrophulosorum** vor, den er in der Sitzung vom 20. April gezeigt hatte. Die Eruption ist nun verschwunden und hat blofs ein dunkel gekörntes Aussehen der Haut zurückgelassen. Die Behandlung bestand in Inunktion mit Leberthran, und die Heilung schien in diesem Falle besonders rasch eingetreten zu sein.

Herr Tenneson glaubt nicht, dafs der Leberthran eine besondere Wirkung auf den Lichen ausgeübt habe, und dafs andere Medikamente dieselben Resultate geliefert, gleichzeitig aber den Patienten von dem Gebrauche einer so unangenehmen Substanz verschont hätten.

Hiergegen erwidert Herr Feulard, dafs er dem Leberthran, der von Vidal warm empfohlen wurde, in vielen Fällen wirklich eine besondere Wirkung zuerkennen müsse.

Nur Besnier teilt ebenfalls die Ansicht des Herrn Feulard.

Lichen planus bullosus. Pathogenese der Affektion. Herr Leredde stellt eine 48jährige Hysterica vor, welche an typischem Lichen planus leidet. Aufserdem lassen sich aber bei ihr zwei abnorme krankhafte Zustände: die Anwesenheit von Blasen, wie sie andernorts bereits erwähnt werden, und grofse Pigmentflecke in den Abdominalfalten und der Kniekehle nachweisen.

Der Pigmentation wurde bereits von Török in seinen histologischen Untersuchungen der Lichenpapeln Erwähnung gethan. Sie ist öfters deutlich in isolierten Papeln, doch nur ausnahmsweise so ausgesprochen wie bei unserer Patientin.

Bemerkenswert ist bei ihr die Anämie und die seit 20 Jahren bestehende Amenorrhoe. Vielleicht rührt die Affektion von einer Veränderung des Blutes her, welche selbst von den konstanten nervösen Störungen abhängen kann. Die wirklichen Läsionen sind beim Lichen planus stets verbreiteter als die scheinbaren.

Eine Alteration der Blutbeschaffenheit und eine diffuse Veränderung der Haut könnten den Pruritus und die Leichtigkeit erklären mit der durch Kratzen oder das leichteste Trauma eruptive Elemente auftreten.

Herr Darier stellt einen Fall von **Lupus vulgaris der Zunge** vor. Trotz der grofsen Seltenheit des Falles (es sind deren nicht mehr denn zehn bekannt) besteht doch kein Zweifel bezüglich der Diagnose. Die Patientin leidet an einem alten Lupus, der das ganze Gesicht bedeckt und bereits die Nase und einen Teil der Lippen zerstört hat. Auf der Zunge bemerkt man eine filzartige Fläche, die aus kleinen, durch ulcerierte Falten getrennten Höckerchen besteht und die Dimensionen eines Fünfpfennigstückes erreicht.

Herr Besnier fügt bei, dafs die kleine Patientin keine Vorteile aus den angewandten kleineren chirurgischen Eingriffen gezogen hat und er sie deshalb an Dr. Broca gewiesen, der unter allgemeiner Anästhesie sämtliche Knötchen ausgekratzt und exstirpiert hat. Trotz dieser möglichst eingreifenden Operation recidivierte die Affektion in erschreckender Weise. Es giebt demnach Fälle, wo wirklich nichts auszurichten ist.

Herr L. Wickham stellt zwei Fälle von **Pityriasis rubra pilaris** vor. Der erste ist typisch wegen: 1. seiner Lokalisation an den Extremitäten, den Ellenbogen, auf dem Gesichte und dem Haarboden; 2. der Nagelläsionen im unteren Drittel derselben (Rohrmark); 3. der erythematösen Plaques auf den Handrücken mit scharfer

Ausprägung der Hautfalten; 4. des Vorhandenseins von Hornkegeln in der Umgebung der Haare; dieselben sind teils gruppenweise in den roten Plaques angeordnet oder stehen isoliert auf der Dorsalfläche der Phalangen ohne rote Randzone.

Der zweite Patient zeigte einen typischen Fall von Pityriasis rubra pilaris des ganzen Körpers, welcher ein rotes, schuppendes Aussehen hat. Die anderen mit Röte der Haut einhergehenden Hautaffektionen, wie die Pityriasis rubra, die verschiedenen exfoliativen Erythrodermien, die allgemeinen Lymphodermien etc., können ausgeschaltet werden, und zwar wegen des Vorhandenseins: 1. von Hautkegeln, die serienweise auf Hand- und Fingerrücken angeordnet sind; 2. von typischen Veränderungen an den Nägeln; 3. von Rötung, gänsehautähnlicher Beschaffenheit, Desquamation, vermehrter Spannung und Verkürzung, Trockenheit und rauhem Anfühlen der Haut; 4. eines schärferen Ausgeprägtseins der Hautfalten; 5. von Rötung des Gesichts mit vermehrter Abschuppung gegenüber der übrigen Haut; 6. wegen des chronischen Verlaufes (zehn Jahre) bei wohlerhaltenem Allgemeinbefinden.

Die Diagnose läfst gegenwärtig keinen Zweifel zu, und doch wurde 1893 der Patient von Dr. Unna als Eccema seborrhoicum behandelt, so dafs also zu jener Zeit die charakteristischen Zeichen der Affektion noch fehlten. Betrachtet man übrigens die beiden Patienten, so wird man zugeben müssen, dafs sie, abgesehen von den Läsionen an Händen und Füfsen, ganz das Bild eines seborrhoischen Ekzems darbieten, welche Affektion also in gewissen Fällen von Pityriasis rubra pilaris bei der Diagnose berücksichtigt werden mufs.

Herr M. Hodara teilt mit, was ihm von diesem Patienten bekannt ist aus der Zeit, als er bei Dr. Unna Assistent war. Bei demselben konnten damals keine Hornkegel konstatiert werden. Bei seinem ersten Aufenthalte in der Unnaschen Klinik befand sich die ganze Haut infolge unzweckmäfsiger Anwendung verschiedener Medikamente in einem solchen Zustande entzündlicher Dermitis, dafs eine Feststellung der Diagnose der primären Affektion unmöglich war. Die Anwendung milder Topica führte rasche Besserung herbei, so dafs er geheilt austrat, um sich aber nach zwei Monaten wieder aufnehmen zu lassen. Diesmal bot die Affektion die charakteristischen Symptome eines seborrhoischen Ekzems mit Beginn auf dem Kopfe und Übergang von hier auf Stirn, Gesicht, Ohren, Brust und Rumpf. Der Patient trat aus, als die Heilung eben auf dem besten Wege war.

Herr Besnier sah öfters Fälle, wo die Diagnose einer Pityriasis rubra pilaris lange Zeit hindurch nicht gestellt werden konnte. Die charakteristischen Zeichen dieser Affektion treten oft erst in einer ziemlich vorgerückten Periode derselben auf. Er fügt bei, dafs die zwei vorgestellten Patienten unzweifelhaft Fälle von Pityriasis rubra pilaris sind.

Die Herren Hallopeau und Besnier stellen einen Patienten vor mit **Erythema scarlatiniforme recidivans.** Es handelt sich um denselben Fall, der 1876 in einer Sitzung der Société des Hôpitaux gezeigt wurde. Damals bestimmte einer der beiden Autoren die Natur der Dermatose und wies nach, dafs sie als scharlachartiges exfoliatives, desquamierendes Erythem in die Klasse der Erytheme eingereiht werden müsse, welcher Vorschlag allgemein angenommen wurde. Seither zeigte sich die Affektion in mehr oder weniger entfernten Zwischenräumen immer wieder, und zwar stets unter derselben Gestalt. Neulich trat sie zum 20. Male auf; während dies aber sonst ohne nachweisbare Ursache geschah, traten die beiden letzten Anfälle nach der Einnahme ganz schwacher Quecksilberdosen auf. Diese Thatsache beweist, dafs Agentien der verschiedensten Natur zu einer vasomotorischen Innervationsstörung führen können, welche die nächste Ursache der Erytheme bildet.

Herren Hallopeau und Monod: **Über einen Fall von pustulöser und**

vegetierender Dermatitis mit exzentrischer Ausbreitung und über einen Fall von Dermatitis herpetiformis vegetans. In Wien würden diese beiden Fälle mit dem Pemphigus vegetans NEUMANN zusammengeworfen werden. Von demselben unterscheidet sich jedoch: a) der erste durch die Natur der initialen Läsion, welche nicht durch eine Blase, sondern durch eine ganz kleine Pustel repräsentiert wird, ferner durch den gutartigen Verlauf der Affektion; b) der zweite durch die Art der Entwickelung der vegetierenden Efflorescenzen, welche genau die Form der grofsen Blasen nachbilden, die ihnen vorangegangen sind, sowie durch ihre symmetrische Lokalisation an den Extremitäten. Man mufs demnach beim Pemphigus vegetans NEUMANN wenigstens drei verschiedene Arten unterscheiden.

Herren HALLOPEAU und GUILLENET: **Über einen Fall von akneartigem Lupus erythematosus destinens mit follikulären Eiterungen.** Derselbe unterscheidet sich von der klassischen Form des akneartigen Lupus erythematosus durch die Tiefe der narbigen Depressionen, durch den vorspringenden Saum der Plaques, durch die Intensität des zerstörenden Prozesses, der in der beinahe vollständigen Abtrennung des rechten Ohrläppchens seinen Ausdruck findet, endlich durch das Vorhandensein follikulärer Eiterungen. Gleichzeitig bestehen tuberkulöse Läsionen der einen Lungenspitze, wodurch der Ansicht, dafs der Lupus erythematosus eine abgeschwächte Form der Hauttuberkulose bildet, eine neue Stütze gegeben wird.

Herr GAUCHER berichtet über einen Fall von **Vitiligo** infolge von Kompression durch eine Binde und über einen Fall von **sporadischer Pellagra.**

Herr GAUCHER hat unter zwei verschiedenen Malen das **vollständige Fehlen von Mikroorganismen** im Eiter eines akuten **Bubo** infolge von **Blennorrhoe** konstatiert. Er findet den Fall deshalb interessant, weil in demselben die Beziehungen zwischen Bubo und Blennorrhoe nicht geleugnet werden können. Da nun im Eiter dieses Bubos keine gewöhnlichen Eitererreger gefunden wurden, so mufs eine sekundäre infektiöse Komplikation ausgeschlossen werden. Es handelt sich also um einen wirklichen blennorrhoischen Bubo. Ist aber der Gonococcus wirklich der spezifische Mikroorganismus der Blennorrhoe, so hätte er im Eiter des Bubos nachgewiesen werden können.

Herr SABOURAUD erwidert, dafs diesem negativen Befunde kein absoluter Wert beizumessen ist und man sich vor frühzeitigen Schlüssen bezüglich Nichtspezifität des Gonococcus hüten müsse. Es existieren ja eine ganze Anzahl von Beispielen in der Pathologie, wonach bei genau bestimmten Infektionskrankheiten mit unzweifelhaftem spezifischen Mikroorganismus Läsionen bestehen, in denen dieser letztere nicht nachgewiesen werden kann.

Herr FOURNIER fügt bei, dafs diesen negativen Thatsachen, sollten sie sich öfters wiederholen, jeder Wert nicht mehr abgesprochen werden dürfe.

Über eine durch Veränderungen der Haare und Nägel gekennzeichnete Familienkrankheit. Die Herren NICOLLE und HALIPRÉ-Rouen berichten über einen degenerierten, geistesschwachen 28jährigen Mann, welcher sich ins Spital aufnehmen liefs wegen einer sämtliche Nägel der Finger und Zehen befallenden Veränderung (Hypertrophie, stärkeres Ausgeprägtsein der Streifen, Brüchigkeit, periungueale Eiterungen). Die Haare sind spärlich, dünn, pigmentlos.

Der Patient gehört zu einer Familie, bei der man in sechs Generationen mit 55 Individuen 36 ähnliche Fälle nachgewiesen hat. Lepra und hereditäre Syphilis müssen ausgeschlossen werden. Es handelt sich im ganzen um eine hereditäre Dystrophie, welche mit den grofsen nervösen Familienkrankheiten verglichen werden kann.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Freiburg [Schweiz].)

Dermatologische Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland.

Sitzung vom 14. März 1895.

(*Brit. Journ. of Derm.* April 1895.)

Dr. G. Pernet berichtet ausführlich über einen **Fall von Pemphigus acutus mit tödlichem Ausgange** bei einem 32jährigen Manne, der vier Monate zuvor am kleinen Finger der rechten Hand eine geringfügige Verletzung hatte. Vor vier Wochen entstand an derselben Stelle die erste Blase, und neun Tage später brachen am ganzen Körper Blasen aus. Der Patient wurde in sehr schwerem Zustande ins Hospital gebracht und ist daselbst nach wenigen Tagen gestorben. Das Resultat der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung der Pemphigusblasen teilt Vortragender in der Sitzung vom 11. April 1895 mit. (Vergl. *Brit. Journ. of Derm.* Mai 1895.) In Übereinstimmung mit Demme, Dähnardt, Bleibtreu und anderen Forschern hat P. konstant in dem Inhalte der Pemphigusblase einem dem Neisserschen Gonococcus ähnlichen Diplococcus gefunden, der gröfser als jener ist und durch Gram nicht entfärbt wird. Kulturen auf Agar bei 37,5° lassen nach 36—48 Stunden kleine runde oder ovale weifse Kolonien erscheinen, welche ein schwach erhabenes Zentrum zeigen. Diese Kolonien wachsen eine Zeitlang. Nach sechs Tagen werfen sie weitere zirkuläre oder keulenförmige Prominenzen aus, genau wie Demme sie beschrieben hat. Ihre Konturen werden unregelmäfsig, fast rosettenförmig; ihre Farbe wird nach zehn Tagen gelblich. Die Diplokokken bilden selten Ketten, und dann auch nur kurze. Der interessante Mikroorganismus wird weiteren Beobachtungen unterworfen werden.

Dr. B. Shillitoe hat jüngst einen Fall von Pemphigus auf eine Verletzung am Finger entstehen sehen. Die Erscheinungen zogen sich jahrelang hin.

Dr. P. Abraham stellt eine **Mutter und zwei Kinder mit kongenitaler Alopecia** vor. Der 33jährigen Frau fehlen die Haare vollständig an den Augenbrauen, Augenlidern, Armen, Beinen und am Stamm; spärlichen Ersatz findet man nur auf dem Kopfe, in der Achselhöhle und an den Pubes. Die Patientin giebt an, dafs sie mit einem geringen „Flaum“ auf dem Kopfe zur Welt gekommen sei. Aber auch dieser sei ausgefallen. Bis zum achtzehnten Lebensjahre sei sie ganz kahl, ohne jegliche Haare am Körper, geblieben, bis sich nach und nach schwacher Ersatz an den erwähnten Stellen zeigte. Seit neun Jahren sei sie verheiratet. Ihre beiden Kinder von fünf Jahren, resp. fünfzehn Monaten, seien mit wenigen Haaren geboren worden, die nach drei Monaten ausgefallen wären. Gegenwärtig sind beide Kinder ganz kahl.

Was die Prognose solcher Fälle betrifft, so glaubt Vortragender, dafs vereinzelt wohl ein schwacher Ersatz der Haare eintreten kann, im allgemeinen aber sei die kongenitale totale Alopecie hinsichtlich der Heilung als hoffnungslos anzusehen. Einige Patienten mit Alopecie habe er innerlich mit Schilddrüsenpräparaten behandelt. In einem alten, kompletten Falle, der bereits 23 Jahre gedauert habe, habe er nach einer konsequent durchgeführten, zehnmonatlichen Behandlung an den Augenbrauen, auf der Kopfhaut und am Körper wieder Haare hervorsprieſsen sehen. Interessant in dieser Richtung seien die Experimente Dr. G. Stokers mit Sauerstoffgas. In einem seiner Fälle ist ein üppiges Haarwachstum am Vorderarme und an der Hand eines Mannes aufgetreten, der der konstanten Wirkung eines Sauerstoffgassprays ausgesetzt war. Dieser Fall führte zu dem Versuche der Behandlung der Alopecie mit dem Gase; und bei einem Kinde habe er nach mehrwöchentlicher Applikation des Gases einen deutlichen Effekt erzielt. Vortragender will weitere Versuche mit dem Oxygen machen und darüber berichten. *C. Berliner-Aachen.*

Londoner dermatologische Gesellschaft.

(Nach *The Brit. Journ. of. Derm.*)

Sitzung vom 13. Februar 1895.

Dr. Aldersmith demonstriert an mikroskopischen Präparaten die verschiedenen von Sabouraud aufgestellten Varietäten des Trichophytonpilzes. Präparat 1 und 2 zeigt das **Mikrosporon Audouini** der kleinsporigen Form der Tinea tonsurans, und zwar im Gegensatze zu Sabouraud mit Mycelium. Dieses ist in der kleinsporigen Varietät regelloser über die Oberfläche des Haares zerstreut und auch regelloser in Gestalt und Gröfse (schlangenförmig), als bei der grofssporigen Form.

Präparat 3 und 4 zeigt das **Trichophyton megalosporon endothrix** der resistenten Form von grofssporiger Tinea. Präparat 5 präsentiert das **Trichophyton megalosporon endothrix der brüchigen Varietät.**

Dr. William Anderson stellt einen 43jährigen Maschinisten mit einer **Dermatitis exfoliativa** vor, die einige der anwesenden Mitglieder für eine **universelle Psoriasis** halten.

Dr. Cavafy stellt eine 49jährige Frau **zur Diagnose** vor. Die Patientin war früher stets gesund. Vor einem Jahre etwa bemerkte sie über beiden Knien eine kleine gerötete Stelle, die nach und nach gröfser wurde. Ähnliche Stellen zeigten sich bald darauf auch an der rechten Kniekehle, an der vorderen und inneren Fläche des rechten Oberschenkels, in der rechten Iliakalgegend, später am linken Oberschenkel. Die Farbe dieser Stellen ist hell rosarot. Sie verschwindet auf Druck. Die Flecken haben einen Durchmesser von 2—6 Zoll. Sie sind nicht über das Niveau der umgebenden Haut erhaben, verursachen weder Jucken, noch sonst eine abnorme Sensation.

Die anwesenden Mitglieder vermögen keine bestimmte Ansicht über die Natur des in Frage stehenden Leidens auszusprechen.

Dr. R. Crocker stellt eine 36jährige Frau vor mit einer **gelblichen Plaque an dem oberen Teile der linken Schläfe.** Die Stelle ist nahezu cirkulär, mifst 1¼ Zoll im längsten Durchmesser, hat einen scharf begrenzten Rand, ist $^1/_{16}$ Zoll über das Niveau der Haut erhaben. Vom Zentrum nach der Peripherie hin verlaufen einige feine Gefäfse. Die Affektion begann vor zwei Jahren mit einem weifsen Fleck Die Stelle fühlt sich fest an, wie ein Stück dünnes, in die Haut eingebettetes Leder, verursacht etwas Stechen, aber keine Schmerzen. Die Haut unmittelbar unterhalb der beschriebenen Stelle zeigt einige kleine, schwach atrophische Flecken. Sonst bestand keine Abnormität. Eine bestimmte Diagnose wird von den Mitgliedern nicht gestellt.

Dr. R. Crocker stellt einen 43jährigen Mann mit hirsekorn- bis erbsengrofsen, teils braunroten, teils hautfarbenen, sich etwas weich anfühlenden Tumoren am Unterkinn vor, die von der Mehrzahl der Mitglieder entweder für **Fibromata** oder **Fibrosarcomata** angesehen werden.

Dr. Colcott Fox stellt vor:

1. Einen **Fall von Lichen pilaris** (Crocker) bei einem 7jährigen Knaben, der gesund aussieht und erblich nicht belastet ist. Die Affektion begann vor etwa drei Wochen mit Rauhigkeit an der Haut beider Schultergelenke. Am nächsten Morgen entwickelten sich die Flecken, von denen nach und nach der ganze Stamm befallen wurde. Die Flecken sind teils stärker, teils schwächer rot, einige schwach, andere gar nicht gefärbt. Sie decken sich meist mit den vergröfserten Follikeln, aus denen ein kleiner Dorn hervorragt, wodurch die Haut sich rauh, reibeisenartig anfühlt. Das Leiden verursacht nur sehr wenig Jucken. Skrophulose ist nicht vorhanden. Redner bespricht eingehend die Differentialdiagnose und die Nomenklatur des Falles.

2. Ein 11jähriges Mädchen mit einem ringförmigen Ausschlage an den Fingern. Der Ring befindet sich an der Beugeseite des linken Ringfingers und schliefst auch teilweise die Seitenflächen desselben ein. Der Ring wird von einem glatten, etwas erhabenen hellen, etwa 1/8 Zoll breiten Rande gebildet, dessen zentrale Partie von normaler Hautfarbe ist oder schwach gerötet erscheint. Subjektive Symptome waren nicht vorhanden. Am kleinen Finger der rechten Hand befand sich ein ähnlicher, aber nicht so grofser Ring, dessen Umrandung in kleine, runde Knötchen auseinanderfiel. Redner möchte den Fall als **Erythema elevatum diutinum** bezeichnen.

3. Einen 25jährigen Krüppel, der auf dem rechten, gelähmten Beine etwa 20 runde, hämorrhagische, fingernagelgrofse Flecken zeigt. Dieselben sind etwas verblafst, bräunlich, im Zentrum atrophisch. Bei 2—3 ist die Epidermis blasenförmig abgehoben. Der Fufsrücken erscheint stark geschwollen. Die Affektion ist an einem Tage des letzten, sehr kalten Winters entstanden. Redner möchte den Fall eher für **Raynaudsche Krankheit** als für Erythema multiforme ansprechen.

4. Ein 22jähriges Mädchen mit einem ringförmigen erythematös-makulösen Ausschlage an den Vorderarmen, Händen, Knien und Fufsgelenken. Dem Ausbruche der Affektion gingen Schmerzen in den Beinen unmittelbar voran. Die Mitglieder bezeichnen den Fall als **Erythema multiforme.**

Sitzung vom 13. März 1895.

Dr. Adamson stellt einen dreijährigen Knaben mit **multiplem Lupus verrucosus** vor. Der Patient ist wohl genährt und sonst gesund. Am stärksten von der Affektion befallen sind Streckseite des rechten Ellenbogen-, des rechten Handgelenks und der Hand, ferner beide Knie, rechter Fufs und Knöchel. Die Schleimhäute sind frei. Die Läsionen sind erhaben, rotbraun, scharf begrenzt, verschieden grofs und fühlen sich hart an. Heredität liegt nicht vor.

Dr. Aldersmith zeigt ein Kind mit **Trichophyton megalosporon endothrix der resistenten Varietät.** Zwei und ein halbes Jahr habe das Kind an der Krankheit gelitten. Monatelang wurden die verschiedensten Mittel ohne wesentlichen Erfolg angewandt.

Sehr viele der erkrankten Haarstümpfe sind ausgefallen, aber hunderte sind atrophiert, und so sieht man hier eine vollständige Vermischung von gewöhnlichen dicken Ringworm-Haarstümpfen und atrophierten Stümpfen. Die ersteren brechen leicht ab und lassen den Wurzelteil in den Haarfollikeln zurück. Unter dem Mikroskop sieht man sie vollständig mit dem Trichophyton durchsetzt. Die atrophierten Stümpfe dagegen werden leicht mit den ganz kleinen Wurzeln herausgezogen. Unter dem Mikroskop werden die meisten derselben frei vom Trichophytonpilz gefunden, doch zeigen einige Ketten von Mycelien, und zwar gerade an dem freien Ende des Stumpfes, woraus hervorgeht, dafs diese atrophierten Stümpfe früher erkrankte Haare gewesen sind. Auch Dr. C. Fox fand in demselben Falle den Trichophytonpilz an dem distalen Ende einiger atrophierter Stümpfe. Diese Atrophie ist wahrscheinlich durch die Behandlung mit Borsäure-, Äther- und spirituösen Lösungen entstanden. A. glaubt, wenn es gelinge, durch die Behandlung die erkrankten Haare zur Atrophie zu bringen, so scheine es, dafs der Pilz seinen Nährboden verliere und absterbe. Die atrophierten Haarstümpfe fallen dann aus, wodurch kahle Stellen entstehen, die lebhaft an Alopecia areata erinnern. Die genuine, wirkliche Alopecia areata hat jedoch mit der Tinea tonsurans nichts zu thun.

Dr. J. Galloway zeigt einen **Fall von chronischer, exfoliativer Entzündung der Unterlippe.** Die 40jährige unverheiratete, etwas nervöse Patientin hat ihre Affektion seit 15 Jahren. Die Lippe ist immer geschwollen; die rote Oberfläche derselben ist beständig von einer trockenen, bräunlichen Kruste bedeckt. Diese

Kruste ist zeitweilig sehr dick. Entfernt man sie, so zeigt sich die Oberfläche der Lippe trocken, etwas glänzend, zuweilen rissig, aber niemals blutend. Auch an der Mundschleimhaut herrscht eine gewisse Trockenheit vor. Der Fall entspricht den von Besnier und Doyon als „Eczéma exfoliant des lèvres à nevrosité accentuée" beschriebenen Fällen.

Dr. Pringle erinnert an die Fälle von „Cheilitis glandularis", welche zuerst Volkmann in Halle beschrieben hat.

Mr. Jonathan Hutchinson zeigt einen **Fall von infektiösem Angioma an der Hand (Naevus-Lupus)** bei einem 21jährigen Mädchen. Die Affektion ist in der Kindheit entstanden. Damals befanden sich auf dem Handrücken zwischen Daumen und Zeigefinger zwei Naevi, die jedoch nicht den reinen Naevuscharakter zeigten, indem ihre Oberfläche rauh und mit einer trockenen, festhaftenden Schuppe bedeckt war. Dicht neben den beiden Naevi befand sich ein dritter, kleinerer, erbsengroſser Naevus, der später entstanden ist und den Beweis liefert, daſs die Affektion einen aggressiven, infektiösen Charakter hat. Die ursprünglichen Naevi wurden stark geätzt. Es bildete sich eine gesunde Narbe, die jedoch mit ihren feinen erweiterten Blutgefäſsen an die vaskularisierten Narben nach Lupus im Gesicht oder auf der Kopfhaut erinnerten. Nach einigen Jahren ist ein Recidiv auf dem Boden dieser Narben entstanden.

Dr. Pringle stellt eine 28jährige Frau vor, die früher an **Frostbeulen** gelitten hat. Während jedoch das Leiden in den ersten Jahren sich nur im Winter und bei frostigem Wetter eingestellt hat, sind in den letzten vier Jahren Spuren desselben auch während der Sommermonate verblieben, und zwar in Form von erythematösen, infiltrierten Plaques an den Händen. Letztere sowohl, wie die Füſse sind immer entweder kalt oder heiſs. Die Ohren sind gerötet und verursachen einen brennenden Schmerz. Der Zustand an den Händen erinnert an Crockers Erythema elevatum diutinum. Das Gesicht zeigt die Erscheinungen der Seborrhoea congestiva.

Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder sehen in Übereinstimmung mit dem Vortragenden den Fall an als eine schwach entwickelte Form von Lupus erythematosus und gleichzeitig als ein Beispiel der Verwandtschaft desselben mit Froströte und persistierenden Formen des Erythems.

Dr. Pringle stellt einen bereits früher demonstrierten **Fall von Aktinomykose** vor bei einem 13jährigen Burschen, der unter der Behandlung mit Jodkalium in groſsen Dosen sich sehr wesentlich gebessert hat.

Derselbe zeigt einen 50jährigen Mann mit einer eigentümlichen Form von **Folliculitis decalvans** auf der Kopfhaut, an den Augenbrauen und im Bart. Das Allgemeinbefinden ist gut, Syphilis nicht vorhanden.

Im Jahre 1883 wurde die Kopfhaut, 1888 gleichzeitig die Augenbrauen und Bart befallen. Die Krankheit charakterisierte sich durch das Aufschieſsen kleiner, spitzer, follikulärer Papeln und Pusteln, deren jede im Zentrum von einem Haar durchbohrt war, das leicht und schmerzlos mit der Pincette epiliert werden konnte. Die Haarwurzeln waren infiltriert und geschwollen. Jede Effloreszenz zeigte in der Umgebung eine schmale, lebhaft rote Zone. Im weiteren Verlaufe des Krankheitsprozesses kam es zum Ausfallen der erkrankten Haare, während neue Effloreszenzen in der Nachbarschaft auftraten. Die abgeheilten Stellen sind teilweise kahl, glatt mit atrophischen, weiſsen, narbigen Vertiefungen besät. Die Affektion hatte manche Ähnlichkeit mit Acne varioliformis oder necrotica.

Dr. Pringle zeigt 5. eine Frau, die **im Anschluſs an die Influenza** an umschriebenen Stellen des Gesichts zeitweilig **stark schwitzt**. Die cirkumskripte Hyperidrosis beschränkt sich auf einen Bezirk, der auf der rechten Seite innerhalb des

fünften Nerven und des Auriculo-temporalis gelegen war. Das Schwitzen war nicht selten von Schmerzen und anderen Sensibilitätsstörungen begleitet.

Dr. Stowers stellt 1. eine 26jährige Frau mit gewöhnlichen Warzen, **Verruca vulgaris**, an den Händen und Vorderarmen vor. Im Anschluſs an Scharlachfieber, das die Patientin vor einem Jahre durchgemacht hat, entwickelten sich zahlreiche, flache Warzen im Gesicht, namentlich an den Wangen. — 2. einen elfjährigen Knaben mit zahlreichen gemeinen **Warzen** im Gesicht, besonders an den Wangen. Dieselben sollen von einer groſsen, seſshaften Warze an der linken Hand ausgegangen sein. Stamm und Extremitäten frei.

Sitzung vom 12. Juni 1895.

Dr. Cavafy stellt einen 36jährigen Patienten mit einem polymorphen Hautausschlage vor, der vor vier Wochen im Gesicht und an den Ohren begonnen und sich allmählich weiter ausgedehnt hat. Gegenwärtig sind vorwiegend Stamm, obere und untere Extremitäten, namentlich die Oberschenkel, ergriffen, während Penis und Scrotum frei sind. Die Affektion, welche Jucken und Brennen verursacht, ist charakterisiert: 1. durch hirsekorngroſse Papeln; 2. durch erhabene, rosarote, etwas abgeflachte, erythematöse Plaques mit unregelmäſsig abgerundeten Konturen; 3. durch kleine Blasen, etwa von der Gröſse kleiner oder groſser Erbsen. Sie fühlen sich prall und hart an und enthalten eine citronen- oder blaſsgelbe Flüssigkeit. Sie liegen meistens auf der normalen Haut und nicht auf den erythematösen Plaques; 4. durch dünne, bräunliche oder tief dunkelrote Krusten von der Gröſse der Blasen und zweifellos durch Eintrocknen der letzteren entstanden; 5. durch Kratzeffekte, aufgerissene Papeln mit blutigen Krusten bedeckt. Die beschriebenen Läsionen, besonders die Blasen, treten in kleinen Gruppen zu zweien oder dreien auf. Nach den Angaben des Patienten hat die Heftigkeit des Ausschlages nachgelassen. Ob es sich in dem vorliegenden Falle um eine **Dermatitis herpetiformis** oder um Unnas akute **Hydroa** handelt, vermag Vortragender nicht bestimmt zu sagen.

Dr. C. Fox stellt unter anderen ein **Kind mit excessiven kleinen schwarzköpfigen Komedonen** vor, welche um den Hals und am oberen Teile der Brust und des Rückens gelegen sind. Vermischt mit den Komedonen und wahrscheinlich durch dieselben entstanden, sieht man Aknepusteln, welche nach den Angaben der Mutter im Winter verschwinden sollen. Die Affektion besteht seit zwölf Monaten. Komedoneneruptionen auf der Stirn junger Kinder sind nicht so sehr selten.

Dr. M. Morris zeigt einen **Fall von Keratosis pilaris** bei einem 5jährigen Knaben. Die Oberarme zeigen eine rauhe, reibeisenartig sich anfühlende Oberfläche. Die Handteller sind rauh, ihre Hautlinien deutlich markiert. Die Oberschenkel zeigen einen ähnlichen Zustand. Die Haut ist überall trocken und rauh. Vor zwei Jahren wurde die Affektion zum ersten Male bemerkt. Hereditäre Belastung liegt nicht vor. Haare und Zähne sind normal; das Allgemeinbefinden des Knaben ist gut.

Dr. Penrose stellt einen 7jährigen Knaben mit einem ausgedehnten **bullösen Ausschlag** vor, der bereits in der Besserung begriffen und charakterisiert ist durch Gruppen von dicht gedrängten, stecknadelkopfgroſsen Bläschen an den Seiten der Finger der rechten Hand und den Zehen des linken Fuſses. Frische Effloreszenzen in Form von gröſseren Bläschen und Blasen sind später an den Beinen und am Stamm aufgetreten. Die Affektion war weder von Schmerzen, noch von Jucken begleitet. Am 13. Mai hatte sie begonnen, und gegen Ende Mai erkrankte plötzlich der Knabe mit Fieber, Schmerzen und starkem Unwohlsein. Bald darauf zeigten sich am Körper cirkuläre, erythematöse Plaques, von denen viele miteinander konfluierten. Wenige Tage später trat eine neue Eruption von groſsen Blasen auf. Das Kind erholte sich unter prolongierten Borsäurebädern und innerlichen Gaben von Arsenik.

Der Fall ist bemerkenswert: 1. als ein Beispiel von Pompholyx, 2. wegen seiner schweren Allgemeinsymptome, 3. wegen seiner rapiden Besserung unter der eingeleiteten Therapie.

Dr. Perry zeigt eine 20jährige junge Frau mit einer **Pityriasis rubra** in milder Form. Die Haut der Patientin ist überall rot und abschuppend. Die Schuppen sind von kleienförmiger, nahezu mehlartiger Beschaffenheit. Das Leiden verursacht wenig Jucken, jedoch ist die Spannung der Haut unbequem. Zuweilen empfindet die Patientin nach dem Waschen etwas Brennen. Der Zustand hat sich trotz der Behandlung wenig verändert.

Dr. Pringle zeigt eine **Urticaria pigmentosa** bei einem einjährigen Knaben. Das Leiden ist im dritten Lebensmonate entstanden und scheint dem wohlgenährten Kinde kein Jucken zu verursachen. Urticaria factitia ist vorhanden. Die Schleimhäute sind intakt.

Dr. R. Crocker zeigt einen **Fall mit acquirierter Ichthyosis** bei einem 74jährigen Manne. Der Patient giebt an, dafs er bis vor zehn Jahren nach Anstrengungen gut geschwitzt habe. Seitdem aber sei die Haut stetig trockener geworden und habe den gegenwärtigen Zustand angenommen. Die Haut zeigt ganz das Aussehen einer kongenitalen Ichthyosis.

Die anwesenden Mitglieder sprechen sich gegen die Bezeichnung einer acquirierten Ichthyosis aus, da letztere stets kongenital sei. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Bd. V. Heft 9.

Ein primäres Adenom der Harnblase beim Manne, von Wittzack. Bei dem seit nahezu zehn Jahren blasenleidenden Patienten wurde vom Verfasser die Sectio alta ausgeführt, um den schweren Katarrh durch Kontraincision und Drainage zu beseitigen. Cystoskopie ohne Narkose unmöglich. Es fand sich nach Eröffnung der Blase an der Grenze zwischen Fundus und hinterer Blasenwand, jenseits der rechten Ureterenmündung, ein kirschgrofser Tumor von glatter Oberfläche, der sich leicht ausschälen liefs; eine Verbindung mit der Prostata liefs sich nicht nachweisen. Nach der von Weigert vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung erwies sich der Tumor als ein Adenom mit weiten Kämmen, in denen sich geschichtete Konglomerate fanden, so dafs man an ein Adenom der Prostata denken mufste. Verfasser weist darauf hin, dafs sich ähnliche Drüsen oft versprengt in benachbarten Teilen der Blase finden und somit den Grund zum Adenom geben können. Die Heilung war eine glatte, mit cystoskopisch zu konstatierender weifslicher Narbe. Zum Schlufs streift Verfasser die Heilungsvorgänge bei Wunden am Harnapparate: die prima Intentio der Blasennaht ist nicht immer gewährleistet, deshalb empfiehlt er Sekundärnaht und sorgt für aseptischen Verlauf durch austrocknende Tamponade der Wunde und äufsere Darreichung von Salicyl- oder Borsäure, um einen Harn ohne Gärungserreger zu erzielen.

Zwei bemerkenswerte Operationen von Blasenkrebs (Resektionen der Blase), von Goldberg. Verfasser beobachtete einen Patienten, welcher seit zwei Jahren an Cystitis und periodischer Hämaturie litt. Nach Beseitigung der Blutungen fand sich cystoskopisch die ganze rechte Seite der Blase durch eine Geschwulst aus-

gefüllt, welche den Harnleiter verlegte, so daſs es zu einer renalen Urinretention gekommen war, die nach einer starken Blutung aus der Geschwulst jedesmal aufhörte. Auf Bitte des Kranken wurde die operative Entfernung der Geschwulst versucht; die Blasenwand wurde, soweit sie erkrankt war, reseciert, der rechte Harnleiter in den Blasenrest eingenäht. Patient starb im Kollaps.

Sodann folgt die Mitteilung eines zweiten Falles von cystoskopisch diagnosticiertem Tumor der Blase, der durch Resektion der Blasenwand entfernt wurde; Schluſs der Blase durch Naht nach Art der Lembertschen Darmnähte. Heilung.

Den Schluſs bildet eine statistische Zusammenstellung der bisher veröffentlichten totalen und partiellen Resektionen der Blasenwand; diese Operation ist durchaus als berechtigt anzuerkennen und nicht gefährlicher, als die einfache Abtragung der infiltrierenden Geschwulst.

Beiträge zur Kenntnis und Therapie der Spermatorrhoe, von Tano. Verfasser beschreibt zunächst die Ansichten des Autors über die Spermatorrhoe und die Pollutio diurna und nocturna; er unterscheidet mit Fürbringer zwischen einer Defäkationsspermatorrhoe und einer Defäkations-Miktionsspermatorrhoe, die er als den vorgeschritteneren Grad der ersteren Form ansieht, so daſs eine reine Miktionsspermatorrhoe nicht vorzukommen scheint; die Prognose ist infolgedessen bei ersterer besser, ebenso bei den Fällen, in denen die Potenz erhalten ist. Die Diagnose stützt sich auf den Nachweis der Spermatozoen — die Schreinerschen Spermakrystalle finden sich bei Spermatorrhoe nicht —, endlich auf den endoskopischen Befund, der einen bedeutend vergröſserten Colliculus mit stark erweitertem Sinus prostaticus zeigt. Die Ursachen sind meistens Blennorrhoe, Abusus in coitu, vor allem Masturbation. Die Symptomatologie weist auſser dem Samenabgang das ganze Heer der neurasthenischen Beschwerden auf. Das Asthma sexuale sieht Verfasser als Folge des sexuellen Miſsbrauches an. Die Therapie zerfällt in eine allgemeine (Hebung der Körperkräfte, des moralischen Bewuſstseins) und in eine lokale: Ätzungen mit Ultzmanns oder Dittels Instrument, Psychrophor nach Winternitz. In der Burckhardtschen Klinik in Basel, wo Verfasser seine Beobachtungen machte, werden alle veralteten Fälle zunächst einer energischen Behandlung mit dicken Metallsonden unterworfen, zugleich werden adstringierende Lösungen (Lugol, Argentum nitricum) im Endoskop auf den Colliculus appliciert. Falls man damit nicht auskommt, wird der Colliculus mit dem Galvanokauter in 3—4 Sitzungen verschorft. Zur Nachbehandlung empfiehlt sich Applikation des faradischen Stromes auf die Ductus ejaculatorii vom Rectum aus. Es folgen dann anatomische Untersuchungen des Colliculus seminalis und des Ductus ejaculatorius.

Bd. V. Heft 10.

Beiträge zur Kenntnis und Therapie der Spermatorrhoe, von Tano. (Schluſs.) Verfasser hat eine gröſsere Anzahl von anatomischen Untersuchungen über den Bau des Colliculus seminalis und des Ductus ejaculatorius gemacht. Verfasser kommt dabei zu dem Schluſs, daſs die Ductus ejaculatorii allein nicht im stande sind, den Samen weiterzubefördern, da sie keine genügende Längs- und Ringmuskulatur besitzen und in ihrem Verlaufe vielfach in andere Organe eingebettet sind; die Nachbarorgane müssen da helfend eingreifen. Die Samenblasen treiben durch Druck den Samen aus sich in den Ductus durch die Prostata hindurch und dann tritt deren ganze Muskulatur mit in Aktion.

Den Schluſs der Arbeit bilden die zugehörigen Krankengeschichten.

Bemerkungen zu Herrn Tanos obiger Arbeit, von Alex. Peyer. Verfasser verwahrt sich gegen Tanos Unterstellung, als habe er im Gegensatz zu Tano das Asthma sexuale als Folge der Spermatorrhoe aufgefaſst und nicht vielmehr, gleich Tano, ebenso wie die Spermatorrhoe als eine Folge des sexuellen Miſsbrauchs.

Bd. VI. Heft 1.

Beiträge zur Chirurgie der weiblichen Harnorgane, von Bodenstein. Verfasser beschreibt als Fortsetzung der von Heyder veröffentlichten Arbeit gleichen Themas aus Sängers Frauen-Heilanstalt folgende Fälle:

1. Nephro-Lithiasis sinistra, Nephrolithotomie, Naht des Nierenbeckens und der Niere, Heilung ohne Fistel.

2. Diagnostischer Nierenschnitt, Nephrorhaphie mit gleichzeitiger Kollio-Cholecystotomie. Heilung.

3. Zwei Fälle von Nephrolithotomie und Nephrotomie, bezw. Nephrektomie bei Eiterniere.

4. Blasengeschwülste. a) Malignes Papillom der Blase mit Divertikelbildung, Operation durch die Urethra, Recidiv; zweite Operation durch Kolpo-Cystototomie, Recidiv. b) Breitbasige Mischgeschwulst - Chondro - Myxo - Sarkom; Kolpo-Cystotomie. Heilung.

Ein Fall von chronischer Entzündung der Cowperschen Drüse in Verbindung mit einer Urethro-Perinealfistel derselben, von Bakow. Gehört schon die akute Cowperitis zu den seltenen Komplikationen der Blennorrhoe, so ist die chronische Entzündung der Cowperschen Drüse noch weniger bekannt.

Verfasser beobachtete einen derartigen Fall, welcher die linksseitige Drüse betraf, im Anschluſs an eine arg vernachlässigte Blennorrhoe. Die Cowperitis hatte sich allmählich entwickelt, jedesmal mit einer Rekrudescenz des Trippers sich verschlimmernd und allmählich zur Fistelbildung führend. Diese Fisteln zeichnen sich dadurch aus, daſs für gewöhnlich kein Urin aus ihnen austritt, da der Drüsenausführungsgang die Schleimhaut der Harnröhre schräg durchsetzt. Heilung trat ein nach Heilung der Blennorrhoe, die durch Dehnung der vorhandenen Strikturen und Lapisspülungen erzielt wurde.

Bd. VI. Heft 2.

Über doppelte Harnröhre, von Englisch. Bei der Seltenheit der angeborenen Penisfisteln war es bisher nicht möglich, eine bestimmte Benennung dafür zu wählen, da die anatomische Untersuchung fehlte. Zu den vorliegenden Beobachtungen fügt Verfasser einen neuen Fall, den er operieren konnte.

Der an Blennorrhoe leidende Patient hatte genau in der Mittellinie, oberhalb der Urethra verlaufend, einen Blindgang, aus dem die Sekretion nicht aufhören wollte, so daſs er sich zu der vorgeschlagenen Exstirpation entschloſs, die leicht von statten ging.

Nach der anatomischen und mikroskopischen Untersuchung hält Verfasser diesen Gang für eine wahre doppelte Harnröhre, nicht für den verlagerten Ausführungsgang einer Cowperschen Drüse oder eines verlagerten Prostatalappens. Dies Vorkommnis entwickelungsgeschichtlich zu erklären, ist zur Zeit vollkommen unmöglich. Die Therapie wird meist eine operative sein, da Ätzungen und Kauterisationen im Stiche lassen, auch zu narbigen Verziehungen des Penis Veranlassung geben.

Bd. VI. Heft 3.

Über quantitative Bestimmung von Eiweiſs, von Plosz. Die Methode des Verfassers besteht in der gewöhnlichen Gewichtsbestimmungsmethode; nur die Zusammenstellung ist eine solche, daſs eine bedeutende Zeitersparnis ermöglicht wird. Diese wird vor allem dadurch erreicht, daſs der auf dem Filter angesammelte Niederschlag innerhalb 10—15 Minuten im heiſsen Luftstrom getrocknet wird.

Eine neue Form des Aerourethroskops, von Wm. K. Otis. Um zur Vergröſserung des Gesichtsfeldes beim Urethroskop die Aufblasung der Harnröhre durch Luft benutzen zu können, hat Verfasser sein Urethroskop in folgender Weise modificiert.

Der Tubus ist vorn konisch verdickt, um eine genaue Adaption an die Mündung des Meatus zu ermöglichen und das Entweichen von Luft zu verhindern, und trägt eine Kautschukscheibe, die auf der oberen Seite durch eine schräg gestellte Glasplatte hermetisch verschlossen werden kann. Diese Glasplatte kann leicht zurückgeklappt werden, um etwa beliebte Ätzungen ausführen zu können. Die Aufblasung geschieht vermittelst eines dazwischen seitlich angebrachten Doppelgebläses.

Harnsteine in einem Urethraldivertikel bei einer Frau, von Hottinger. Harnröhrendivertikel werden nicht oft beobachtet, jedenfalls aber häufiger bei Frauen, als bei Männern, nach Traumen während des Geburtsaktes, bei Vorbildung einer Cyste durch Entzündung und Platzen derselben nach der Urethra hin; als unterstützendes Moment darf Vaginalprolaps angesehen werden.

Die Patientin Verfassers litt an einer Pyelitis mit folgender Cystitis; jedenfalls sind dabei unbemerkt Konkremente abgegangen, von denen sich zwei in dem durch den Vaginalprolaps jedenfalls vorgebildeten Divertikel fingen und zu Harnbeschwerden Veranlassung gaben. Bei der Untersuchung fand man einen anscheinend soliden, schmerzhaften Tumor, der als Carcinom ausgesprochen wurde. Bei der Operation stellte sich nun obiger Befund heraus.

Ein seltener Fall von Blasenmyom, von Verhoogen. Der vom Verfasser beobachtete Fall dieses seltenen Tumors hatte die Größe eines Kindkopfes und saß mit einem kurzen Stiel dem unteren Teile der Blase auf, da, wo die Streifen der Blasenmuskeln in die Prostata übergehen. Wahrscheinlich war er embryonalen Ursprungs und ging von dem nicht genügend atrophierten Müllerschen Körper aus. Exitus infolge der Operation.

Bd. VI. Heft 4.

Angeborene Spaltung des Penis und Hypospadie, von Englisch. Der vom Verfasser beobachtete Patient, 40 Jahre alt, Vater von fünf Kindern, hatte einen gespaltenen Penis. Die Spaltung erstreckte sich an der oberen Seite bis 2 cm hinter den Eichelrand; an der unteren Seite bestand totale Hypospadie bis zum Übergang des Gliedes in den Hodensack. Ein Präputium fehlte vollkommen. Patient hatte den Coitus in der Weise ausgeübt, daß er ein an der Spitze abgeschnittenes Präservativ überzog. Die Operation verlief zweiseitig; zunächst wurden die Schwellkörper vereinigt, indem der Spaltraum angefrischt und vernäht wurde. Sodann wurde die Hypospadie nach der Angerer'schen Methode operiert. Resultat nach einigen Nachoperationen befriedigend.

Harnröhrensekretion bei einer mit akuter Harnretention komplicierten traumatischen Harnröhrenstriktur, von Bako. Der 70jährige Patient hatte sich vor sieben Jahren in der Trunkenheit eine Harnröhrenverletzung zugezogen, infolgederen sich eine Strikturierung der Harnröhre einstellte. Diese war immer schlimmer geworden und hatte plötzlich ohne besonderen Grund zu totaler Verhaltung geführt. Bougierung infolge falscher Wege unmöglich. Verfasser machte daher die Boutonnière, excidierte alles, was sich als erkrankt erwies, und vernähte die Wunde über einem Verweilkatheter; glatte Heilung.

Über das Resorptionsvermögen der Harnblase, von Alapy. Die bisherigen Untersuchungen haben zu gerade entgegengesetzten Resultaten über das Vermögen der normalen Harnblase, Stoffe zu resorbieren, geführt. Verfasser stellte deshalb Nachprüfungen dieser Versuche an männlichen Kaninchen an und fand zu seinem großen Erstaunen ebenfalls bald Resorption, bald nicht. Die Erklärung lag darin, daß hinter der Kaninchenblase eine Vesicula prostatica liegt, deren Ausführungsgang in die Harnröhre mündet und genügende Weite zur Aufnahme des zur Injektion benutzten Katheters besitzt. Diese Vesicula prostatica besitzt nun ein sehr gutes

Resorptionsvermögen. Gelangte also der Katheter zufällig in dieselbe statt in die Blase (was man daran erkennen kann, dafs kein Urin aus dem Katheter abfliefst), so zeigten sich natürlich Resorptionserscheinungen. *F. Hahn-Bremen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1895. Heft 5.

Beitrag zur Symptomatologie und Anatomie der Warze der Fufssohle, von W. Dubreuilh. Die Litteratur über die Warze der Fufssohle ist noch sehr armselig; erst wenige Autoren haben sich mit dem Gegenstand beschäftigt. Die Fufswarze scheint namentlich infolge von Druck durch Schuhnägel, durch Nähte in den Strümpfen u. s. w. zu stande zu kommen. Wunderbarerweise haben D. und andere Beobachter bei dem Besitzen von Fufswarzen niemals solche an den Händen beobachtet.

Die Fufswarze sitzt mit Vorliebe am Kopf des dritten Metatarsalknochens, also an der Stelle, die dem stärksten Druck ausgesetzt ist, und wo man fast immer eine Hautschwiele findet. Etwas seltener sind die Köpfe des ersten und fünften Metatarsalknochens befallen; in dritter Linie kommt die Hacke in Betracht.

Im allgemeinen finden sich auf einer Fufssohle gleichzeitig nur wenige Warzen, jedoch sind auch Ausnahmen beobachtet. Gewöhnlich sieht solche Warze, die sich längere Zeit überlassen blieb, wie eine Schwiele aus; erst wenn man die obere, verhornte Schicht mit einem Messer entfernt, so gewahrt man den Unterschied; man hat dann einen peripheren Ring von verhorntem Gewebe vor sich, der eine weiche, zusammendrückbare Masse umschliefst; in dieser befindet sich ein Kanal, der senkrecht in die Tiefe steigt und sich dabei zusehends ausweitet. Die zentrale Masse besteht ebenfalls aus verhorntem Gewebe; dieses sieht aber weifslich-opak aus und fühlt sich wie feuchtes Werg an. Es setzt sich aus Bündeln zusammen, die senkrecht in die Tiefe steigen und von zahlreichen, leicht blutenden Kapillaren begleitet sind.

Die Warzen werden ebenso wie die Hühneraugen vom Wetter beeinflufst, sind aber viel schmerzhafter als diese. Man entfernt die Warzen am besten durch Auskratzen mit dem scharfen Löffel, bei örtlicher, durch Kokain herbeigeführte Anästhesie. Dabei ist das Gewebe anfangs widerstrebend wie feuchtes Werg, indessen gelingt es bald, die ganze milchfarbige, weiche Masse zu entfernen. Die Blutung ist dabei ziemlich beträchtlich, und es bleibt ein ziemlich umfangreiches Loch zurück, das eine Tiefe von 1—2 cm hat. Nach 14 Tagen ist es aber bereits wieder vernarbt. Rückfälle kommen nicht vor.

D. läfst dieser Symptomatologie eine sehr ausführliche Beschreibung des histologischen Baues der Warzen folgen. Er ist bei seiner Untersuchung auf zwei ganz verschiedene Typen gestofsen, die sich klinisch nicht voneinander unterscheiden und zwischen denen Übergänge bestehen. Die weiteren Einzelheiten lassen sich in einem kurzen Referat nicht wiedergeben.

Die pathologische Anatomie der Duhringschen Dermatitis, von Leredde und Perrin. In einer früheren Arbeit hatten die Verfasser die pathologische Anatomie eines Falles von Herpes gestationis mitgeteilt. (Vergl. das betreffende Referat in dieser Zeitschrift XX. S. 25.) In der vorliegenden Arbeit berichten sie über drei Fälle von Dermatitis herpetiformis aufserhalb der Schwangerschaft und ziehen die Schlufsfolgerung, dafs beide Formen identisch seien, da sich bei beiden die nämlichen Veränderungen finden.

In der Cutis findet jedesmal eine Diapedesis statt, namentlich um die Gefäfse herum, aber allemal findet man auch in weiterer Entfernung Wanderzellen in wechselnder Anzahl, und zwar Lymphkörperchen und eosinophile Zellen; beide

stammen sie aus der Blutbahn. Auf vielkernige Elemente, wie sie bei jeder Entzündung vorkommen, stöfst man auch in den reifen und vereiterten Blasen und Vesikeln; sie sind als Wirkungen einer gleichgültigen bacillären Infektion aufzufassen. Auch die festen Bindegewebszellen beteiligen sich an der Bildung von Zellherden. Neben der Diapedese ist allemal ein Ödem der Cutis vorhanden, hervorgerufen durch eine vasomotorische Lähmung der Haut. Durch das Ödem erfahren auch die Papillen nennenswerte Veränderungen.

Die Blasenbildung kommt dadurch zu stande, dafs sich Serum unter Niederschlag von Fibrin zwischen Cutis und Epidermis ergiefst. Das Serum dringt in letztere ein, wobei das Rete Malpighii zerstört wird.

Die Epidermis ist immer etwas hypertrophiert. Im Schleimkörper finden sich Wanderzellen. Blasen und Vesikeln dienen zu ihrer Entfernung.

Die Verfasser erblicken in der Dermatitis herpetiformis Duhring den Ausdruck einer Veränderung des Blutes; dieses ist überreich an eosinophilen Zellen, deren es sich durch die Haut zu entledigen sucht. Das Erythem, die Vesikeln, die Blasen, die Hämorrhagien sind die der Krankheit wesentlichen Symptome, alles andere nur zufällige Komplikationen. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1895. Heft 5 u. 6.

Zur Technik der Skarifikationen bei Behandlung der Acne rosacea, von H. Fournier. Fournier bemängelt an den bestehenden Skarifikationen, dafs die Stiche mit der einfachen Nadel zu schmerzhaft, und dafs die zusammengesetzten Instrumente von Balmanno Squire, Th. Veibl u. s. w. schwer aseptisch zu halten seien. Er hat sich nun eine Nadel in Form eines feinen Messerchens anfertigen lassen, das nicht senkrecht, sondern spitzwinkelig zur durchzutrennenden Vene aufgesetzt wird, und mit welcher man letztere mehr durchschneidet, als ansticht; der Schmerz soll dadurch beträchtlich gemildert werden.

Eine zweite Vorkehrung regelt die Tiefe, bis zu der die Nadel in die Haut eindringt. Endlich hat F. auch kleine Scheiben mit scharfen Zähnen angegeben, die in einem Zapfen hängen und die man schnell über die erkrankte Fläche hinwegrollt; man kann damit in kurzer Zeit zahlreiche Skarifikationen ausführen.

Über die atrophierende Form der Ichthyosis und ihre Histologie, von Ch. Audry. A. beschreibt einen Fall von atrophierender Ichthyosis bei einer 70jährigen Frau. Die Haut ist am ganzen Körper verdünnt und gefaltet, viel zu grofs für die darunterliegenden Knochen und Weichteile. Sie ist schmutziggrau und sieht wie mit Mehl bestäubt aus infolge einer feinschuppigen, festsitzenden Desquamation. Die Nägel sind unversehrt, die Hauthaare ganz verschwunden, die Haut ist äufserst trocken.

Histologisch war besonders bemerkenswert der Schwund des Eleidins in der Epidermis, während das elastische Gewebe der Cutis, entgegen dem sonstigen Verhalten der Greisenhaut, unverändert ist. A. fafst den Fall als eine Ichthyose mit Atrophie auf; die letztere tritt aber unabhängig vom Alter hinzu, wie ein von Jadassohn als Pityriasis alba atrophicans mitgeteilter Fall beweist.

Über die Heredo-Syphilis tarda, von Grancher. G. stellt zwei Kinder mit Syphilis congenita tarda vor, von denen das eine schwer und hoffnungslos mit Knochen-Gummata, geschwollener Milz u. s. w. erkrankt ist, während das andere nur geringe Anschwellungen der Nasenmuscheln aufweifst. In letzterem Falle hat G. auch nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt. Die spezifische Behandlung war in beiden Fällen bisher erfolglos. An die klinische Vorstellung knüpfte G. noch einige allgemeine Bemerkungen.

Freie oder kasernierte Prostitution? von Le Pileur. Diese Abhandlung, die ihr Entstehen einem für die französische Kammer bestimmten Gesetzentwurfe verdankt, spricht ein kräftiges Wort für die Einrichtung von Bordellen und sucht mit vielem Geschick und unter Heranziehung einer sorgfältig durchgearbeiteten Statistik den Nachweis zu liefern, dafs die Strafsenprostitution der Gesundheit viel nachteiliger sei, als die staatlich überwachte. Mit besonderem Eifer wendet Le Pileur sich gegen die Behauptung, dafs die Syphilis durch die Freudenhäuser ihre gröfste Verbreitung findet. Mag sein, dafs dort viel mehr syphilitische Mädchen angetroffen werden, als unter den Strafsendirnen, so bildet ihre Syphilis, wie Le Pileur überzeugend nachweist, doch keine besondere Gefahr, da sie rechtzeitig entdeckt und nachhaltig behandelt wird. Für die sog. Abolitionisten, denen der Verfasser keck ins Gesicht leuchtet, fällt hier mancher scharfe Hieb ab; der klar denkende Arzt aber wird die fleifsige Abhandlung mit Genugthuung aus der Hand legen.

Beitrag zum Studium der Lepra auf den Inseln Mauritius und Réunion, von Coffin. Es sind sehr interessante Angaben, die diese kleine Arbeit enthält. Die Lepra ist auf beiden Inseln sehr verbreitet und nimmt in allen Gesellschaftschichten noch immer an Ausdehnung zu. Nach Ansicht des Verfassers überträgt sie sich durch Ansteckung und durch Vererbung. Sehr häufig beginnt die Lepra, wie der Verfasser gefunden hat, auf beiden Inseln mit Muskelatrophien im Gebiete der Hände; von der progressiven Muskelatrophie Duchenne-Aran unterscheidet sich diese Form dadurch, dafs bei ihr Schmerzgefühl und Temperatursinn an den atrophierten Stellen verloren gehen. Eine weitere Beobachtung des Verfassers betrifft leukodermische Flecke, ähnlich wie bei Vitiligo; im Gegensatz zu den letzteren sind sie aber bei den Leprösen anästhetisch. In der Behandlung haben sich Tuberkulineinspritzungen und Chaulmoograöl sehr wirksam erwiesen; von ersterem wurden nachteilige Folgen nie beobachtet; letzteres mufs sehr lange Zeit fortgegeben werden.

Die Syphilis der Ärzte, von A. Fournier. F. behandelt seinen Gegenstand von einem doppelten Gesichtspunkte. Er spricht von der Syphilis, die die Ärzte und Heilgehülfen in Ausführung ihres Berufes erwerben, und von der Syphilis, die sie selber weiterverbreiten. Letzteres kann durch die Hände, durch die Instrumente oder durch Stoffe geschehen, die von Syphilitischen stammen und auf Gesunde übertragen werden. Für alle drei Möglichkeiten führt F. aus seiner reichen Erfahrung Belege an. So lesen wir, dafs eine Hebamme in einer kleinen französischen Stadt im Jahre 1874 nicht weniger als 100 Personen mit ihrem syphilitischen Finger angesteckt hat. Mannigfaltiger sind die Übertragungen durch Instrumente; eine besonders verhängnisvolle Rolle spielten dabei früher die Schröpfköpfe; aber auch Speculum und Höllensteinstift haben schon zahlreichen Menschen die Syphilis vermittelt. F. glaubt nicht, dafs das Argentum nitricum selber der schuldige Teil sei, vielmehr habe man den Höllensteinhalter zu verdächtigen, der bei ungeschicktem Ätzen leicht mit einer Wundfläche in Berührung komme. Die dritte Art der Übertragung von Syphilis beobachtet sich bei Transplantationen und Impfungen.

Die im ärztlichen Berufe erworbene Syphilis sitzt gewöhnlich im Gesicht oder an den Händen. Ins Gesicht gelangt sie vorzüglich durch Schleim und Speichel, die der Patient beim Untersuchen seines Mundes oder Halses aushustet.

Zum Schlufs untersucht Fournier die Frage, warum die auf solche Weise von Ärzten erworbene Syphilis meist einen so schweren, oft zum Tode führenden Verlauf nimmt. Er erklärt das aus subjektiven Gründen: den Arzt drückt das Bewufstsein, syphilitisch zu sein, viel mehr, als den Laien; er hat wenig Zeit, sich zu schonen; und endlich, seine Behandlung ist aus verschiedenen Gründen nie so sorgfältig und so gründlich wie die der Laien.

Zwei Fälle von Paralysis generalis juvenilis infolge ererbter Syphilis, von E. Régis-Bordeaux. Nach einer kurzen Erörterung der einschlägigen Statistik teilt R. seine beiden Fälle mit; der eine betraf ein Mädchen von 17 Jahren, der andere einen jungen Menschen von 18 Jahren. Bei beiden stellen sich bald nach dem 14. Lebensjahre die ersten Symptome ein. Sehr anzuerkennen ist die Mühe, die der Verfasser sich gab, um bei den Eltern die Syphilis nachzuweisen; in beiden Fällen konnte er aber die etwas beschränkten und schwerfälligen Väter zum Eingeständnis bringen. R. steht auf dem Standpunkte, daſs die jugendliche Form der Gehirnerweichung immer eine Folge ererbter Syphilis sei, und meint, daſs es auch immer gelingen müsse, letztere bei den Eltern nachzuweisen, nur dürfe man sich keine Mühe verdrieſsen lassen. Die vorliegenden beiden Beobachtungen werden dadurch noch besonders interessant, daſs Verfasser bei beiden Vätern an Paralysis progressiva gemahnende Symptome (Ungleichheit und Starre der Pupillen u. s. w.) beobachten konnte. Er knüpft an dieses Verhalten und an die Thatsachen, daſs bei früheren Fällen Paralysis generalis auch in der aufsteigenden Linie beobachtet war, eine geistreiche Theorie. *Türkheim-Hamburg.*

The British Journal of Dermatology.

Band VII. Juni 1895.

I. **Hydrocystoma,** von J. Adam-Hamilton. Verfasser hat neun Fälle von Hydrocystoma beobachtet, sechs bei Frauen, drei bei Männern. Der Symptomenkomplex entsprach dem Krankheitsbilde, das Robinson im Jahre 1893 von der Affektion gegeben hat. Der Ausschlag bestand aus vereinzelt stehenden, sphärischen, verschieden groſsen Bläschen, die wie gekochte Sagokörner aussahen. In den schwach ausgeprägten Fällen waren nur wenige, in den stärker befallenen hunderte, dicht nebeneinander befindliche Efflorescenzen vorhanden. Die Affektion beschränkt sich auf das Gesicht, ist am stärksten um die Nase herum, in den Nasolabialfalten, nächstdem an den Schläfen und Oberlippen. In der Unterkinngegend sah Verfasser keine mehr. Zumeist ist die Affektion auf beiden Gesichtshälften vorhanden. Auf Druck sind die Efflorescenzen schmerzlos, fühlen sich hart an und erscheinen tief in die Haut eingelagert. Die Epidermis über denselben ist nicht verdickt. Wenn ein Bläschen angestochen wird, so entleert es eine klare, wasserhelle Flüssigkeit, die blaues Lackmuspapier rötet. Hierauf füllt es sich, wenn es tiefer gelegen, mit Blut, bei den mehr oberflächlich gelegenen fällt die Blasendecke einfach zusammen. Die Bläschen treten am schärfsten über die Hautoberfläche hervor beim Schwitzen. Ein bis zwei Stunden, nachdem die Perspiration aufgehört hat, verkleinern sie sich, und die kleineren unter ihnen können ganz verschwinden. In langwierigen Fällen verschwinden viele der Bläschen niemals. Die Affektion geniert die Patienten zumeist dadurch, daſs sie das Gesicht entstellt. Am häufigsten werden schwer arbeitende, stark schwitzende Leute befallen.

Verfasser bespricht die Diagnose, die Differentialdiagnose und teilt das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit.

Die Schnitte zeigen in Übereinstimmung mit den Befunden von Robinson, daſs 1. es sich um eine Schweiſsdrüsenaffektion handelt; 2. daſs die abgesonderte Flüssigkeit in den Efflorescenzen Schweiſs ist; 3. daſs die Cysten nicht bloſse Retentionscysten sind. Sie entstehen so häufig und so augenscheinlich in den Knäueln, daſs man nicht umhin kann, anzunehmen, daſs zuerst eine Hypertrophie, dann eine Dilatation einer oder mehrerer Knäuelwindungen stattgefunden hat.

Die eigentliche Ursache bleibt, wenn auch das excessive Schwitzen sicherlich als ursächliches Moment in Frage kommt, doch noch unklar. Die individuelle

Disposition spielt gewifs ebenfalls eine Rolle, nicht minder vielleicht der Gefäfs- und Nervenreichtum des Gesichts, auf welches die Affektion beschränkt ist.

II. **Hydroa vacciniforme seu aestivale**, von J. Moreira - Bahia (Brasilien). Verfasser hat zwei Fälle der Hutchinsonschen Sommereruption in Brasilien gesehen.

Der erste Fall betraf ein 19jähriges, sonst gesundes Mädchen ohne erbliche Belastung. Die Affektion trat zum ersten Male im fünften Lebensjahre der Patientin auf, und zwar im Sommer, ist dann im Herbst und Winter (in Brasilien von März bis September) verschwunden, um jedes Jahr, am stärksten zwischen Januar und März, wieder zum Vorschein zu kommen. Befallen sind die der Sonne exponierten Körperteile.

Die Efflorescenzen sind kleine Bläschen oder flache Blasen ohne entzündlichen Hof. Sie wechseln von Stecknadelkopf- bis Erbsengröfse. Ihre Farbe ist hell, gelblichblafs. Wenn die Bläschen einige Tage bestanden haben, trocknen sie zu einer bräunlichen Schuppe, nach deren Abfallen eine ziemlich tiefe Narbe zurückbleibt. Die Affektion verursacht im Beginn etwas Jucken, das später, wenn der Ausschlag voll entwickelt ist, aufhört.

Die Behandlung bestand in Bettruhe und Bestreuen mit Dermatol.

Der zweite Fall betrifft ein 6jähriges Mädchen, das sich eines guten Allgemeinbefindens erfreut. Auch hier ist erbliche Belastung nicht zu konstatieren.

Die Zeit des Auftretens der Affektion, wie die Lokalisation derselben ist dieselbe, wie im ersten Falle. Der Ausschlag begann in Form von einzelnstehenden Papeln, die zu Bläschen und Blasen wurden. Der Verlauf war ähnlich dem im ersten Falle. Auch hier bestand Jucken. Die Temperatur war normal.

Behandelt wurde die Patientin äufserlich mit Borsäure - Stärkemehl - Streupulver und innerlich mit Tonicis.

III. **Heredität bei Xanthoma palpebrarum**, von T. C. Fox - London. Die 28jährige Patientin befand sich wegen Pruritus und chronischer Urticaria in der Behandlung des Verfassers. Die Frau ist brünett, hat schwarze Augen und zeigt eine sehr dunkle Hautfarbe unter den Augen, wie dies bei der ganzen Familie der Fall ist.

Eine Reihe von Familienmitgliedern durch drei Generationen hindurch haben Xanthome in der Gegend der Augenlider gehabt. Verfasser bringt zur Übersicht eine genealogische Tafel dieser Familie. Die Heredität der Affektion hat neuerdings auch Török betont.

IV. **Multiple Keloide**, von T. C. Fox - London. Der 33jährige Patient konsultierte F. zum ersten Male im Jahre 1880 wegen der zahlreichen, namentlich am Stamm und Armen zerstreuten Keloide. Verfasser zählte damals etwa 50 solcher Gewächse auf dem Rücken. Dieselben waren verschieden grofs, vereinzelt gestielt, die meisten oval, glattknotig, von rosaroter Farbe; einige jedoch waren bläulich rot. Eine gewisse Symmetrie in der Verteilung der Geschwülste schien namentlich an den Streckseiten der Arme und am Rücken vorzuwalten. Der frühere behandelnde Arzt hatte neun Tumoren entfernt, sie waren jedoch alle recidiviert. Nach der Ansicht eines anderen Arztes, der den Patienten behandelt hat, sind zwei der Geschwülste spontan verschwunden; überhaupt zeigten die Tumoren Neigung zum Schrumpfen.

Der Patient hat Syphilis durchgemacht. Angeblich sollen im Jahre 1869 auf dem Grunde vernarbter Geschwüre (Rupiageschwüre?) die Keloide entstanden sein.

Bei der ersten Untersuchung und auch später zeigte der Patient auf dem Rücken zahlreiche Akneknötchen.

Band VII. Juli 1895.

Beobachtungen über die Trichophytonpilze, von H. G. Adamson - London. Verfasser will in der vorliegenden Arbeit hauptsächlich die anatomischen Beziehungen des Trichophytonpilzes zum Haar einer eingehenden Betrachtung unterziehen.

Gruby war der erste, der den Trichophytonpilz genau beschrieben und in nahezu völliger Übereinstimmung mit Sabourauds späterer Klassifikation drei Hauptformen unterschieden hat: 1. die kleinsporige Varietät, Microsporon Audouini, bei der die Sporen eine Scheide um das Haar herum bilden; 2. die grofssporige Varietät, Trichophyton megalosporon endothrix, bei der die Sporen sich auf das Innere des Haarschaftes beschränken; 3. die grofssporige Varietät, Trichophyton megalosporon ectothrix, bei der der Pilz aufserhalb des Haares gelegen ist.

Nach Gruby haben zahlreiche Forscher den Trichophytonpilz genau studiert, aber stets nur eine einzige Pilzart bei den verschiedenen klinischen Krankheitsbildern gefunden; allerdings entsprach der von Malmsten und Bärensprung beschriebene Haarpilz Sabourauds Trichophyton megalosporon endothrix, während Frederick Taylor einen Pilz beschrieben hat, der nichts anderes als Sabourauds kleinsporige Varietät darstellt. Dafs solch ausgezeichnete Beobachter, wie Bazin, Malmsten, Bärensprung, F. Taylor u. a. viele Jahre hindurch die verschiedenen Formen des Pilzes übersehen konnten, mag einen doppelten Grund haben: 1. mögen die Methoden der Reinzüchtung mit Fehlern behaftet gewesen sein; 2. kann die eine oder die andere Pilzform in diesem oder jenem Lande vorherrschend und vielleicht die einzige sein, welche den daselbst wohnenden Forschern zur Beobachtung kommt. Selbst in derselben Stadt kann in einem Bezirke die eine Pilzart die andere bei weitem überwiegen. So gehörten von 178 im Middlesex - Hospital und North-Eastern-Kinderhospital beobachteten Fällen nur sieben der grofssporigen Form an. Das Verhältnis der kleinsporigen zur grofssporigen Form war hier also 24:1. Sabourauds Fälle in Paris ergaben ein Verhältnis von zwölf kleinsporigen zu acht grofssporigen.

Von Wichtigkeit ist es, zu wissen, dafs bei einem und demselben Individuum und bei den von ihm angesteckten Fällen sich weder auf der Kopfhaut, noch sonst an einer Körperstelle zwei Pilzarten gleichzeitig vorfinden oder Übergänge der einen Pilzform in die andere wahrzunehmen sind.

Für die mikroskopische Untersuchung der Haare und der Trichophytonpilze giebt Verfasser folgende praktische Winke: 1. Man brauche eine 5—10%ige Kalilauge-Lösung; 2. man lege das Haar sofort auf das Objektglas und untersuche dasselbe während des Aufhellens; 3. das Deckglas werde nur sanft aufgelegt, aber nicht fest aufgedrückt; 4. das Ausziehen des Haares geschehe in der Richtung des Haarwachstums und werde sanft ausgeführt, um, wenn möglich, auch die Haarzwiebel zu erhalten; 5. man soll auch nicht das Haar beim Herausnehmen aus der Kalilauge lösung zerstören; 6. das Haar kann, namentlich wenn die Kopfhaut fettig, oder eine Seborrhoe gleichzeitig besteht, vor dem Einlegen in die Kalilösung in Äther entfettet werden. Für gewöhnlich ist dies jedoch nicht nötig.

Die Färbung der Pilze geschieht am besten nach Gram, doch erhält man auch nach anderen Methoden gute Resultate.

Verfasser fand im allgemeinen die Befunde Sabourauds bestätigt. Die Unterschiede in dem Wachstumsmodus der verschiedenen Formen rufen in den späteren Stadien charakteristische Bilder hervor, indem die einen Formen innerhalb, die anderen aufserhalb des Haares ein üppiges Wachstum zeigen. Bei der kleinsporigen Varietät scheinen die Elemente üppig aufserhalb des Haares zu wachsen und bilden so die „Sporenscheide“. Bei der Endothrixform verschwindet die äufsere Scheide schon sehr frühzeitig, und der Pilz wächst rapide innerhalb des Haares, während bei der Form, die Sabouraud Trichophyton megalosporon ectothrix genannt hat, der Pilz thatsächlich gleichmäfsig frei innerhalb und aufserhalb des Haares wuchert. In diesem letzteren Punkte weichen die Befunde des Verfassers von denen Sabourauds ab. Die einzelnen Details dieser Beziehungen der Trichophytonpilzarten zum Haare werden im folgenden ausführlicher dargelegt. (Fortsetzung folgt.)

Band VII. August 1895.

I. **Beobachtungen über die Trichophytonpilze**, von H. G. Adamson-London. (Schluſs.) Verfasser fährt fort, die Trichophytonpilze in ihren anatomischen Beziehungen zum Haar einer eingehenden Betrachtung zu unterwerfen. Sabourauds groſssporige Form, sowohl die Endothrix, wie die Ectothrix, kam nur in sehr wenigen Exemplaren zur Beobachtung. Die durch die Endothrix hervorgerufenen klinischen Bilder zeigten kleine, unregelmäſsig begrenzte schuppige Stellen, welche auf den ersten Blick wie gewöhnliche seborrhoische Plaques aussahen. Die Haare schienen noch lang und gesund zu sein. Bei näherer Besichtigung jedoch konnte man einige kurze, dicke, abgebrochene Haarstümpfe sehen, welche die schuppige Masse gleichsam durchbohrten. Diese Haarstümpfe und Haarfragmente in den Schuppen waren, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, vermengt mit Ketten von groſsen runden oder ovalen Sporen, deren Gröſse zwischen 2—6 μ wechselte. Die Mehrzahl maſs etwa 5 μ im Durchmesser. Die Haarcuticula war unversehrt, und keine Pilzelemente wurden auſserhalb des Haares bemerkt. In vielen von den ungebrochenen Haaren, welche vollständig epiliert werden konnten, wurden längs der weichen Haarzwiebel Zustände vorgefunden, die augenscheinlich auf eine frühere Invasion schlieſsen lieſsen.

Die groſssporige Ectothrix zeigte klinische Bilder, welche je nach dem Stadium der Krankheit, in dem die Fälle zur Beobachtung kamen, verschieden waren. In jüngeren Fällen bestand die Läsion aus einer ringförmigen Plaque, die von roten erhabenen Papeln auf einer entzündeten Basis gebildet wurde. Die Papeln entsprachen den Haarfollikeln und waren am gröſsten und am zahlreichsten am Rande des Ringes. Ältere Fälle zeigten mehr oder weniger ausgedehnte Stellen von roter, infiltrierter Haut, hier und da mit Pusteln oder kleinen Schüppchen bedeckt. Über diesen Stellen waren die Haare verdünnt, teils als kurze, leicht ausziehbare Stümpfe, teils ungebrochen und festhaftend.

Das mikroskopische Bild wechselte ebenfalls entsprechend dem Stadium des Krankheitsprozesses. Bei ganzen Haaren mit weicher Haarzwiebel war die extrafollikuläre Portion des Haarschaftes gewöhnlich frei vom Pilz, sah gesund aus und hatte auch eine Cuticula. Den intrafollikulären Schaft umgaben Bündel von Stäbchen und Gruppen von Sporen, welche eine unterbrochene Scheide bildeten. Die Gröſse der Elemente der Stäbchen wechselte bedeutend an demselben Haar. Einige waren länger als breit und hatten das Aussehen von Mycelien, andere waren mehr oval oder cirkulär und ähnelten sehr Sporen. Der Durchmesser dieser letzteren betrug durchschnittlich 6 μ, der der ersteren 1,2—2 μ.

Verfasser beschreibt sodann einen Fall, der Sabourauds Perifolliculite agminée entsprach.

Die Ansicht des Verfassers bezüglich der Angriffsweise der Haarpilze deckt sich im allgemeinen mit Unnas und Jamiesons Theorie, nach welcher der Pilz direkt das Haar angreift, durch die Cuticula, welche den Schaft umgiebt, hindurchgeht und abwärts in die Haarsubstanz hineinwächst.

II. **Ein Fall von Hydrocystoma**, von A. Morton-Glasgow. Die 36jährige, verheiratete Patientin hatte früher Psoriasis. Vor 9½ Jahren litt sie an einer heftigen Bronchitis und an Asthma. Durch die Krankheit wurde sie sehr schwach, und in diesem Schwächezustande begann sie auf der linken Körperhälfte, und zwar auf der Kopfhaut, im Gesicht, Hals und Brust, zu schwitzen. Um dieselbe Zeit zeigten sich die ersten Bläschen, welche aber nach der Angabe der Patientin zuerst auf der rechten Seite der Nase und auf der rechten Wange nahe dem Augenlide auftraten. Im weiteren Verlaufe entwickelten sich ähnliche Efflorescenzen in der unmittelbaren Nachbarschaft der ersteren, namentlich aber in dem Raume zwischen beiden Augen-

brauen, auf den Augenlidern und an der linken Seite der Nase. Einzelne befinden sich an den Nasolabialfalten und an der linken Seite des Kinns. Das Aussehen, wie die Gestalt der Efflorescenzen ist verschieden. Im Beginn sehen sie perlartig durchscheinend aus; wenn sie zur vollkommenen Entwickelung gelangt sind, sind sie bläulich-weifs und gleichen genau gekochten Sagokörnern. Wenn sie im Verschwinden begriffen sind oder sich zurückbilden, sehen sie weifs aus, wie Milien. Sie bersten niemals, sondern schrumpfen und schälen sich ab, ganz schwache Flecke hinterlassend. Dieser Prozefs vom Beginn bis zum Schwund der Efflorescenzen dauert 3—4 Wochen. Sticht man eine an, so wird eine kleine Quantität einer hellblauen, sauer reagierenden Flüssigkeit entleert, worauf sofort ein Tropfen Blut aus der Öffnung des kollabierten Bläschens hervorquillt. Die Zahl der Bläschen wechselt aufserordentlich. Sie sind reichlicher im Sommer, als im Winter, und wachsen sowohl an Zahl, wie an Gröfse um die Zeit der Menstruation. Die Wärme oder die feuchte Luft beim Waschen und Kochen hat keinen Einflufs auf die Affektion. Erst in der letzten Zeit empfindet sie bisweilen heftiges Jucken, sonst bereitet ihr das Leiden keine Beschwerden.

Die Mutter der Patientin hat dieselbe Hautaffektion gehabt. Es scheint also die Heredität eine gewisse Rolle bei der Entwickelung der Krankheit zu spielen.

III. **Die Behandlung der Pediculi vestimentorum**, von W. A. Jamieson-Edinburgh. In der Hospitalpraxis ist die Behandlung leicht, nicht so in der Privatpraxis. Schon die Diagnose hat hier manchmal Schwierigkeit, weil man die der besseren Klasse angehörigen Patienten nicht mit dem Verdachte auf das Vorhandensein von Pediculi verletzen will. Einer gründlichen Untersuchung der Haut pflegen die Patienten, die über heftiges Jucken klagen, sich gern zu unterwerfen, und man wird dann an der Lokalisation der Kratzeffekte, an den Nissen, die man mit einer Lupe entdecken kann, ohne dafs die Patienten die Absicht merken, Pediculi finden. Sind die Träger Alkoholisten, so ist die Diagnose der Pediculosis wahrscheinlicher, weil zumeist neben dem Alkoholismus oder wegen desselben Mangel an Sauberkeit und Sorgfalt der Körperpflege besteht. Auch die Behandlung braucht den Verdacht der Patienten nicht wachzurufen. Man verordnet Waschungen mit Calverts Petrofenic-Seife, welche Karbolsäure und auch Paraffinöl enthält. Ferner läfst man die Patienten ein in Gaze eingehülltes Stück Stangenschwefel von der Gröfse eines Taubeneies unmittelbar auf der Haut Tag und Nacht tragen. Die Schwefeldämpfe durchdringen die Kleider und machen den in denselben nistenden Läusen das Dasein auf die Dauer unmöglich.

IV. **Ein Fall von Arsenkeratosis**, von J. F. Payne-London. Die 46jährige Patientin konsultierte den Verfasser wegen einer Affektion an den Handtellern und Fufssohlen. Die Palma der rechten Hand zeigte zahlreiche, erhabene, verdickte, harte Epidermisstellen, die wie Hühneraugen aussahen. Einige befanden sich an den Volarflächen der Finger. In ähnlicher, aber weniger intensiver Weise waren die Vola manus sinistrae und die Fufssohlen befallen. Aufserdem bestand eine auffallende Pigmentation. Das Gesicht war gleichmäfsig dunkel, der ganze Stamm bedeckt mit braunen Flecken, welche sich weniger intensiv auch auf die Arme und Beine erstreckten.

Gastro-Intestinalstörungen waren nicht vorhanden. Patientin litt viele Jahre an Psoriasis und hat nahezu neun Jahre ununterbrochen Arsenik eingenommen.

C. Berliner-Aachen.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Bd. XIII. Juli 1895.

I. **Beobachtungen über eine ungewöhnliche Form von Hauttuberkulose**, von Ransom und Ira van Gieson-New York. Die neunjährige Patientin, ohne erb-

liche Belastung, sieht blafs und mager aus und scheint, wie die Mutter angiebt, zarter gebaut und empfindlicher zu sein, als die vier anderen lebenden Geschwister. Im September 1892 kam sie vom Spielplatz nach Hause und klagte über Schwäche im rechten Arm. Bei der Untersuchung fand die Mutter einen kleinen Knoten in der rechten Achselhöhle und gleichzeitig ein kleines Bläschen auf der rechten Seite der Brust. Der Knoten fühlte sich etwas weich an und wurde von der Mutter mit warmen Breiumschlägen behandelt. Später verordnete der Arzt eine Salbe. Das Bläschen wurde im Laufe der nächsten Zeit gröfser, während in seiner nächsten Umgebung andere kleinere zum Vorschein kamen. Dieselben verursachten keinerlei Beschwerden. In der Folgezeit schwanden die einen, und neue andere sprossen hervor, deren Zahl jedoch stetig gröfser zu werden schien.

Gegenwärtig sieht man am rechten Sternalrande nach innen und oberhalb von der rechten Brustwarze eine mehr cirkuläre, aber unregelmäfsig begrenzte Stelle, deren Zentrum etwas vertieft ist und ein glattes, narbig glänzendes Aussehen hat. Die Farbe dieser zentralen Partie ist schwach rot. Um den Rand der Stelle herum sieht man Gruppen von stecknadelkopfgrofsen Papeln in verschiedenen Stadien der Entwickelung und der Involution. Die jüngeren Papeln sind schwach erhaben und von einer kleinen weifslichen, etwas festhaftenden Schuppe bedeckt. Ihre Farbe ist dunkelrot, wodurch sie dem Rande ein braunrotes Aussehen verleihen. Die älteren Papeln haben, in der Nähe besehen, eine gelblichrote Farbe und scheinen eine gelbliche Flüssigkeit zu enthalten; sie haben jedoch nicht das charakteristische Aussehen der gewöhnlichen Lupusknötchen. Zwischen den Papeln zerstreut sieht man isolierte kleine Vertiefungen oder Narben von derselben Beschaffenheit, wie der zentrale Teil der ganzen Stelle. In der rechten Achselhöhle ist eine vergröfserte Drüse, die sich fest anfühlte, in der Folgezeit erweichte und spontan aufbrach. Die Papeln verschwanden und kamen wieder, bis sie endlich im Jahre 1894 unter der Behandlung mit Salben ohne weiteres Recidiv sich zurückbildeten und weifse, glänzende, glatte Narben hinterliefsen. Das Mädchen wächst, sieht zwar blafs aus, aber befindet sich im allgemeinen wohl.

Dem für Hauttuberkulose ungewöhnlichen klinischen Bilde entsprachen auch die Befunde der histologischen Untersuchung, welche Dr. VAN GIESON vorgenommen hat. Die Struktur der kleinen Knötchen auf der Brust zeigte die Charaktere sowohl der Tuberkulose, wie der Syphilis in der Form der miliaren Gummata. Aber nicht nur ihre Struktur war atypisch, sondern auch ihre Gruppierung und Verteilung eine von der bei Hauttuberkulose gewöhnlichen abweichende. So ermangelten die Knötchen zum gröfsten Teile in ihren gewöhnlichen Elementen der Nekrose, Vaskularisation, des diffusen Tuberkelgewebes, der sekundären Entzündung. Auch ihr Auftreten in mehr oder weniger abgesonderten Massen, ihre ganz oberflächliche Lage in der Haut, die Komplikation mit der Bildung zarter Bläschen waren ungewöhnlich bei primärer oder sekundärer Hauttuberkulose. Positiv konnte selbst durch die histologische Untersuchung wegen der auffallenden Ähnlichkeit mit miliaren Gummata keine Diagnose auf Hauttuberkulose gestellt werden. Doch spricht die vergröfserte Lymphdrüse, sowie das Fehlen jeglicher Anhaltspunkte für Syphilis mehr für erstere, als für letztere.

Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung wird in folgendem ausführlich mitgeteilt und die einschlägige Litteratur vergleichsweise herangezogen.

II. **Einige Betrachtungen über Prostatektomie**, von G. WOOLSEY-New York. (Vortrag, gehalten in der New Yorker Akademie der Medizin. 9. April 1895.) Zwei Hauptgesichtspunkte sind es, auf welche Redner die Aufmerksamkeit der Zuhörer

hinlenkt: 1. Die Natur des Verschlusses, welcher durch die Prostatahypertrophie hervorgerufen wird; 2. die Wahl der Operation zur Beseitigung desselben.

Die Ansichten der Autoren bezüglich der Natur des Verschlusses gehen auseinander. Redner bespricht eingehend die Litteratur und fafst seine eigene Ansicht über den ersten Punkt dahin zusammen:

1. Die intravesikale Prostatahypertrophie ist nicht immer, wenn auch in den meisten Fällen die Ursache des Hindernisses, welches eine operative Beseitigung erfordert.

2. In solchen Fällen spielt der mittlere Lappen eine wichtige Rolle durch Bildung eines klappenartigen Verschlusses.

3. Die lateralen Lappen sind oft wichtige Faktoren, sowohl intra-, wie extravesikal, hauptsächlich aber in letzterer Richtung.

Was die Wahl der Operation betrifft, so differieren auch hier die Ansichten der Autoren. Mehrere verlangen, wenn die Operation wirksam sein soll: 1. eine zeitweilige, aber gründliche Drainage der Blase; 2. die dauernde Beseitigung der Ursache des Verschlusses. Die meisten stimmen darin überein, dafs die erfolgreiche Operation vor allem die Entfernung der ganzen intravesikalen Masse erstreben mufs.

Redner bespricht die Indikationen der suprapubikalen und der perinalen Prostatektomie und will in einem weiteren Abschnitte: 1. ihre Vorteile, 2. ihre Nachteile erörtern und 3. untersuchen, inwieweit die eine oder die andere Methode den oben erwähnten Anforderungen an eine erfolgreiche Operation entspricht. (Fortsetzung folgt.)

Diskussion. (Vergl. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* Mai 1895. S. 223.) Dr. Alexander sagt, in vielen Fällen kann die Prostata relativ leicht ohne Verletzung der Schleimhaut nach der von ihm zu Washington letzten Mai besprochenen Weise enukleiert werden. Bei dieser Methode sei die Gefahr einer septischen Infektion geringer, die Drainage frei und die Blutung zumeist vermieden. Er werde demnächst über vier auf diese Weise glücklich operierte Fälle der jüngsten Zeit näheres berichten.

Dr. Bangs ermahnt, bei der Operation etwaige extravesikale Gewächse der Prostata, welche die Pars prostatica urethrae umgeben und komprimieren können, nicht aufser acht zu lassen, weil sie, wie er an zwei Fällen erfahren habe, selbst nach Beseitigung der intravesikalen Prostatahypertrophie nachträglich noch Beschwerden beim Urinieren bereiten können.

III. **Über einige Affektionen des Nervensystems, welche im frühen und späten Stadium der acquirierten Syphilis auftreten,** von J. Collins-New York. (Fortsetzung.) Die Gehirnnerven zeigen weit häufiger die Wirkungen des Syphiliskiftes, als alle anderen Nerven des Körpers. Unter den Gehirnnerven ist es wiederum der Oculomotorius, welcher am öftesten erkrankt ist.

Verfasser erörtert ausführlich die Erscheinungen, welche die syphilitische Erkrankung der Gehirnnerven zu Tage treten lassen, und illustriert das Gesagte durch Beispiele aus seiner Praxis. (Fortsetzung folgt.)

IV. **Zwei Fälle von Raynaudscher Krankheit,** von C. Nash-Nashville. Fall 1. Der 23jährige Maler zeigte bei der ersten Besichtigung im September 1894 kalte, ganz blasse Finger der linken Hand, während diese selbst dunkelblau, nahezu schwarz aussah. Der Daumen war nicht befallen. Das Allgemeinbefinden war gut. Nach den Angaben des Patienten begann das Leiden vor drei Jahren, und zwar im Winter. Die Finger wurden für einige Stunden, bisweilen auch für einige Tage kalt und weifs und nahmen dann wieder ihre normale Temperatur und Farbe an. Diese Attacken waren während des Winters häufig, verschwanden aber mit Beginn der

warmen Tage. Während der Winter 1893 und 1894 habe er die veränderte Farbe der Hände wahrgenommen. Der letzte Anfall dauerte nahezu einen Monat.

Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab die spastische Kontraktion der Arterien des Augengrundes, welche für Raynauds Krankheit charakteristisch ist. Da sich weder ein Aneurysma, noch Anhaltspunkte für Syphilis oder ein Nierenleiden fanden, so stellte Verfasser die Diagnose Raynaudsche Krankheit auf Grund einer Störung im vasomotorischen System. Es wurde der konstante Strom angewendet, indem der positive Pol an die Cervikal-, der negative an die Lumbalregion angelegt wurde. Die Besserung schritt rapide vorwärts. Schon in sechs Tagen mit drei Applikationen täglich wurden die Farbe und die Temperatur der Finger und der Hand normal. Seitdem ist kein Recidiv wiedergekehrt.

Fall 2. Der Patient ist 45 Jahre alt. Die Zehenspitzen beider Füfse und die Fingerkuppe der linken Hand zeigen eine dunkelrote Farbe. Das Leiden begann vor einigen Jahren mit kalten Händen, erst im letzten Winter bemerkte Patient die Veränderung der Hautfarbe. Das Allgemeinbefinden ist gut. Auch hier ergab die ophthalmoskopische Untersuchung die charakteristische spastische Kontraktion der Arterien des Augengrundes, aber gleichzeitig in der Gegend der Macula lutea eine grofse, unregelmäfsig begrenzte, dunkelgraue Ablagerung, die sofort auf Syphilis schliefsen liefs. Unter einer antiluetischen Behandlung verschwand in zwei Wochen die bläuliche Farbe, und die Temperatur kehrte zur Norm zurück. Der Patient gestand nach anfänglichem Leugnen ein, dafs er vor vier Jahren einen Schanker gehabt und drei Monate mit innerlichen Mitteln behandelt worden sei.

C. Berliner-Aachen.

Besprechungen.

Über Bindegewebszellen, insbesondere über Plasmazellen, von W. Waldeyer. (*Sitzgsber. d. Kgl. pr. Akad. d. Wissensch., phys.-math. Kl.* 11. Juli 1895. Berlin.) Waldeyer, der Schöpfer (1875) des Namens Plasmazellen, nimmt zur Plasmazellenfrage das Wort. Er hatte s. Zt. den Begriff eingeführt zur Bezeichnung von gewissen protoplasmareichen Zellen im Bindegewebe, die sich von den protoplasmaarmen Bindegewebszellen Virchows, Cohnheims und Ranviers unterschieden. Zu diesen Zellen rechnete W. damals noch gewisse Zellen aus der Zwischensubstanz des Hodens, aus den Steifs- und Karotidendrüsen, Nebennieren, dem Corpus luteum und die Deciduazellen. Das allen diesen Zellen Gemeinsame fand er in der erheblicheren Gröfse, dem Protoplasmareichtum, der groben Granulierung und der Anordnung entlang den Blutgefäfsen. Später wurden die Zellen der letztgenannten Organe als anderwertig erkannt und innerhalb der Zellen des massigen Bindegewebes mehrere Gruppen durch bestimmte Farbenreaktionen ausgeschieden, so die „Mastzellen" und „eosinophilen" Zellen von Ehrlich und die von Unna sog. „Plasmazellen". W. erklärt die Annahme von Unna, dafs die von ihm tinktoriell charakterisierten Zellen zur Waldeyerschen Plasmazellengruppe gehören, für durchaus berechtigt, und ebenso seinen Appell an den Schöpfer der Gruppe in Bezug auf die Namengebung der neuen Zellen. Neue Untersuchungen, von Waldeyer selbst und auf seinen Wunsch von Unna angestellt, haben nun ergeben, dafs die Plasmazellen Waldeyers, soweit sie in den rein bindegewebigen Organen (Haut, Hypoderm, Dura mater) vorkommen, durchweg den Mastzellen Ehrlichs entsprechen und mit Unnas Plasmazellen nichts

zu thun haben. Zum Teil mögen auch EHRLICHS eosinophile Zellen unter jene Plasmazellen gefallen sein. W. giebt daher den Namen Plasmazellen zur Bezeichnung gewisser Zellen des **normalen** Bindegewebes auf, oder besser: für andere Forscher frei und hat keinen Einwand dagegen, wenn UNNA denselben für seine pathologische Zellform aufnimmt, da dieselbe „sehr „wohl der Definition, welche ich 1875 von der Plasmazelle gab, entsprach, der „Erkenntnis, welcher ich Ausdruck geben wollte, dafs wir aufser den protoplasma„armen Zellen im Bindegewebe noch protoplasmareiche, in anderen Formen auf„tretende zu unterscheiden und zu beachten hätten. Die Bezeichnung, welche „UNNA seinen Zellen gab, mufs ich daher als durchaus berechtigt anerkennen."

Für die fixen Bindegewebszellen aus den verschiedensten Tierklassen findet W folgende konstante Verhältnisse: meist grofse Kerne mit auffallend kleinen Kernkörperchen in der Mehrzahl, stärker färbbares perinukleäres Protoplasma, schleierähnliche Zellplatten in verschiedenem Grade der Ausbildung. Nach Untersuchungen am lockeren Bindegewebe von der Ratte, dem Frosch und dem mit POLJAKOFFS Pikrokarmin injicierten subkutanen Gewebe vom Igel fand W. Bilder, welche für FLEMMINGS Ansicht vom direkten Übergang des Protoplasmas in die kollagenen Fibrillen sprechen.

Unna-Hamburg.

Jahresberichte über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, von BAUMGARTEN. (Braunschweig, bei Harald Bruhn 1894.) Die vorliegende erste Abteilung des neunten Jahrganges (1893) bringt aufser einigen Referaten über Lehrbücher, Kompendien etc. die Mitteilungen über die verschiedenen Kokken, von denen uns naturgemäfs ein langes, sorgfältiges Referat über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete des Gonococcus von JADASSOHN am meisten interessiert; von den Bacillen finden unter anderen der KLEBS-LÖFFLERsche Bacillus, derjenige der Syphilis, der Lepra, des Rhinoskleroms, der Variola ihre Besprechung. Eine weitere Anpreisung oder Inhaltsangabe des wichtigen und exakten Werkes erscheint uns ganz überflüssig.

F. Hahn-Bremen.

Die geschlechtliche Ansteckung. Ein Mittel zu ihrer Verhütung, von F. S. KAMP. (Seitz und Schauer, München, 1895.) Verfasser empfiehlt als Prophylacticum gegen Ansteckung das Bestreichen der Genitalien mit einer Klebsalbe, die unter dem Namen „Anticontagion" in den Handel gelangt. Die Basis derselben ist Adeps lanae. Im übrigen ist die Broschüre für eine populäre viel zu viel mit wissenschaftlichen Kunstausdrücken gespickt, für eine wissenschaftliche viel zu inhaltsarm.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Die Syphilis des Herzens, von DEHIO. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1894. No. 40.) Die Bedeutung der Syphilis reicht viel weiter, als es diejenigen Krankheitsprozesse zeigen, welche als primäre, sekundäre und tertiäre bezeichnet werden. Abgesehen von der Tabes, der progressiven Paralyse sind es vornehmlich Veränderungen des Gefäfssystems, welche eine grofse Rolle spielen. Bekannt ist die Endarteriitis syphilitica

(Heubner) mit der Wucherung der Intima und ihren Folgen, wie wir sie am Herzen, an der Leber, an den Nieren kennen. In erster Reihe ist das Myokard betroffen, selten und erst sekundär das Endokard und Perikard. Granulationswucherung um die feineren Gefäfse ist das erste; sekundär wuchert dieses in die Bindegewebsinterstitien zwischen die Muskeln, welche atrophieren. Es kann nun die Granulationswucherung zur Bildung eines Gummas führen, umschlossen von einer Schwiele, oder es überwiegt die Bindegewebsbildung; es entstehen Herzschwielen, miliare gummöse Herde um schliefsend (gummöse Myocarditis). Drittens kann auch nur Bindegewebsbildung eintreten ohne jede Zellnekrose; wir finden nur bald diffuse, bald umschriebene Herzschwielen. Endlich können wir noch eine Endarteriitis syphilitica der Koronararterien und deren Zweige finden ohne jede Granulationsbildung; anämische Nekrose der Muskelsubstanz, Entstehen sehniger Narben, partielles Herzaneurysma, sekundäre Dilatation und Hypertrophie sind die weiteren Folgen. Häufige Begleiter der syphilitischen Myocarditis ist die syphilitische Pericarditis. Man findet Verdickungen des Epikards, gummöse Veränderungen, fibrinöse Auflagerungen, Adhäsionen. Das Endokard kann analoge Veränderungen aufweisen an der Herzwand oder an den Trabekeln; die Klappen bleiben gewöhnlich frei, zumal an den freien Rändern.

Bei hereditärer Lues sind diese Herzveränderungen selten. Mračeк fand sie bei 150 luetischen Säuglingen nur viermal. Häufiger findet sich eine diffuse, fettige Degeneration des Herzmuskels als Ausdruck des schlechten Ernährungszustandes.

Die klinischen Symptome sind wenig klar. Deutliche Symptome finden wir erst im 4.—10. Jahre, und zwar entsprechen dieselben denjenigen einer Myocarditis: Störung des Rhythmus, verminderte Leistungsfähigkeit, Herzklopfen; bei lebhafteren Bewegungen und Anstrengungen: stenokardische Anfälle. Oft findet man kleinen Puls, Dyspnoe, Stauungskatarrhe der Luftwege als Folge des insufficienten linken Ventrikels. Wo der rechte Ventrikel gestört ist, sieht man Lebervergröfserung, Stauungskatarrhe im Verdauungstractus, Cyanose, Hydrops, kurz das Bild der sich entwickelnden Herzschwäche, die sich zeitweise zum kardialen Asthma etc. steigert. Plötzlicher Tod ist häufig. Mračeк fand ihn 21 Mal bei 58 Fällen. Es kann aber auch Besserung und Genesung nach Resorption eintreten.

Für die Diagnose mufs die Anamnese zu Hülfe genommen werden; sie ist wichtig wegen der guten Aussichten einer spezifischen Behandlung. Dies erfordert Schmierkur und Jod; die Kur mufs auch ohne Symptome nach 3—5 Monaten wiederholt werden. Die guten Erfolge des Jodkaliums bei Erscheinungen der Myocarditis und der Koronarsklerose lassen es wahrscheinlich erscheinen, dafs häufiger occulte Syphilis dem Leiden zu Grunde liegt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologisch-anatomisches und klinisches Studium der syphilitischen cerebralen Arteriitis auf Grund einiger Beobachtungen, von Charrier und Klippel. (*Rev. de Méd.* September 1894.) Unter allen spezifischen Arteriopathien sind die syphilitischen Arteriitiden des Gehirns die häufigsten. In anatomischem Sinne sind sie entweder obliterierend oder ektasierend. Betreffen diese Veränderungen einen gröfseren Ast der Gehirnarterien, so kommt es: 1. zu Apoplexie. Tod durch Thrombose des Truncus basilaris oder durch meningeale Blutung. 2. Wird ein Gefäfs von mittlerer Stärke befallen, oder ist die Obliteration nicht vollständig, so beobachtet man die schwere, oft unheilbare Hemiplegie. 3. Die syphilitische Aphasie wird beobachtet, wenn die Läsion von geringer Ausdehnung ist und nur kleine Gefäfse befällt. 4. Ist der ganze Arterienbaum erkrankt, so findet man öfters diffuse, perienceph alitische Veränderungen. Auch diese Form kann zur Hemiplegie oder auch zur allgemeinen Paralyse führen, welche jedoch nicht mit der Pseudoparalyse infolge von gummösen, meningitischen Plaques verwechselt werden darf.

Sobald die syphilitische Natur des Leidens erkannt ist, hat die spezifische Behandlung zu beginnen (Inunktionen hoher Hg-Dosen, 6—18,0 pro die).

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Spinale Thrombose und Hämorrhagie infolge von syphilitischer Erkrankung der Gefäfse, von Williamson. (*The Lancet.* Juli 1894. *Rif. med.* 1894. No. 170) Ein 28jähriger Syphilitiker starb zwei Jahre nach der Infektion, nachdem eine Reihe spinaler Reizerscheinungen und Lähmungen aufgetreten war, an Dekubitus und Pyämie. Die mikroskopische Untersuchung der dorsalen Rückenmarkspartie ergab das Vorhandensein ausgedehnter Hämorrhagien in der grauen Substanz, wobei der mittlere Teil am schwersten befallen war. Auch die weifse Substanz führte zahlreiche punktförmige Hämorrhagien. Hochgradige Dilatation der Gefäfse (Arterien und Venen), besonders in der grauen Substanz, mit zum Teil organisierten Thromben in ihrem Lumen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Syphilis tarda, von Fournier. (*Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 24.) In diesem Aufsatze will Verfasser die Erscheinungsformen der Syphilis vom 21. Jahre ihrer Existenz ab erörtern.

I. Beruhigend ist das relativ seltene Auftreten syphilitischer Prozesse nach so langer Zeit; unter 3600 Fällen tertiärer Syphilis waren nur in 177 manifeste Symptome 20 Jahre nach der Infektion aufgetreten. Weiter kann statistisch bewiesen werden, dafs die Zahl der spezifischen Ausbrüche auch in dieser Zeit mit dem Alter der Lues abnimmt.

II. Welches sind die klinischen Erscheinungen bei so spätem Auftreten? Es sind stets nur tertiäre und isoliert auftretende, nur auf einen Teil des Körpers beschränkte.

III. Was die Lokalisation betrifft, so zeigt des Verfassers Statistik:

1. dafs die Erscheinungsweisen der tertiären Syphilis überhaupt auch diejenigen der Spätsyphilis sind;
2. dafs aber von diesen am häufigsten sind:
   a) die Erkrankungen der Haut (92 unter 237 tertiären Prozessen),
   b) die Erkrankungen des Nervensystems.

Diese zwei Gruppen bilden mehr als $^3/_5$ aller Spätsymptome der Syphilis. Die Hautleiden ($^3/_5$ derselben) bestehen in trockenen, knötchenförmigen, ulcerösen, gummösen, oft von einer gummösen Infiltration des subkutanen Zellgewebes begleiteten Syphiliden, die nicht selten phagedänisch entarten, d. h. sich über gröfsere Abschnitte verbreiten.

Am häufigsten treten diese späten Hautaffektionen zwischen dem 21. und 31. Jahre auf, können aber noch später auftreten; ein Fall nach 51 Jahren wird geschildert. Der Sitz ist besonders: untere Extremitäten, Gesicht, Kopfhaut; auffallenderweise ist aber auch der Penis häufig ergriffen und dann sogar oft die Stelle der primären Affektion.

IV. Das Nervensystem ist häufig ergriffen bei der Spätsyphilis (56 Nervenfälle auf 31 Knochenfälle und 17 Zellgewebsfälle), aber doch relativ weniger als in früheren Jahren. Es erlischt also die Wirkung der Syphilis auf das Nervensystem früher, als diejenige auf die Haut. Das bestätigt:

1. Nach dem 28. Jahre werden spezifisch syphilitische Nervenaffektionen nur sehr selten beobachtet.
2. Das Rückenmark wird von späten tertiären Erscheinungen sehr selten ergriffen. Nach dem 21. Jahre hat Verfasser nur zwei Fälle luetischer Myelopathien gefunden, während das Rückenmark von frühen, tertiären Symptomen auffallend häufig befallen ist.

V. Diese Spätsymptome können ein tertiäres Vorspiel haben, d. h. tertiäre Erscheinungen sind kürzere Zeit nach der Infektion vorausgegangen. Sie können aber auch das erste Debut der tertiären Periode bedeuten.

Wunderbar bleiben immer die grofsen „Zwischenakte", der langdauernde „Waffenstillstand".

VI. Zur Ergründung der Bedingungen, welche diese späten Ausbrüche vorbereiten und erregen, tragen einige Punkte bei:

1. Die Spätformen sind häufiger beim Manne, als bei der Frau (160 : 9).
2. Alle Spätformen haben gemeinsam das Fehlen einer rationellen, ernsthaften und schützenden Behandlung bei Beginn der Infektion.
3. Die Syphilis war im Beginn stets eine leichte gewesen.

Nicht ein Fall mit ernsthaften Sekundärerscheinungen, mit früher maligner Syphilis ist unter Fourniers Statistik. Natürlich hat in diesen leichten Fällen auch eine kurze Behandlung stattgehabt. Man hat deshalb nicht das Recht im Beginne leicht verlaufende Syphilisfälle als gutartige zu bezeichnen.

VII. Das späte Auftreten der Syphilissymptome ändert weder etwas an der Prognose noch an der Therapie. Letztere mufs eine spezifische sein. Ein spätes Auftreten der Syphilis schützt nicht gegen noch spätere Reprisen.

Die Prophylaxe gegen diese Spätformen verlangt eine energische Therapie in den ersten Jahren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Stigmata der hereditären Syphilis, von A. Fournier. (*Journ. de clin. et de thérap. infant.* 1894. No. 28.) Die Stigmata der hereditären Syphilis hängen ab von der Lokalisation und dem Grade des Ergriffenseins. Man kann sie einteilen in fünf Hauptgruppen: 1. äufserer Habitus; 2. Hautnarben; 3. Skelettveränderungen; 4. Zustand der Hoden; 5. Hutchinsonsche Trias.

Ad. 1. Zuweilen lassen Kleinheit des Körpers, Zierlichkeit der Formen, abnorm lang fortbestehendes kindliches Wesen hereditäre Syphilis vermuten. Es besteht eine Art Dystrophie, ein Zurückbleiben des Wachstums und der Entwickelung. Die Hoden der Knaben sind klein, rudimentär, Haarwachstum, Mannbarkeit bleiben zurück, ebenso bei Mädchen die Entwickelung der Brüste, der Behaarung, der Menses.

Ad. 2. Die von luetischen Ulcerationen bei Kindern zurückbleibenden Narben sind bald gar nicht, bald sehr charakteristisch. Solche Charakteristica sind: a) die Gröfse; so grofse Narben kommen bei anderen Narben kaum vor; b) die Form; kreisförmige, bogenförmige Narben, schlangen- oder wellenförmige Bänder, bouquetartige, siebförmige, löcherige Narben deuten auf Syphilis; c) der Sitz, der das sicherste Kennzeichen ist. Prädilektionsstellen sind:

A) Peribuccal, besonders am Mundwinkel; streifenförmige Narben von Rhagaden erstrecken sich auf Haut und Schleimhaut; auf letzterer kaum sichtbar. B) Nase, besonders Nasenflügel und der untere Teil der Nasenscheidewand. C) Gesäfs und Oberschenkel (Parrot); die Narben sind ganz oberflächlich, wenig kenntlich und daher leicht zu übersehen; sie rühren von Syphiliden der frühesten Kindheit her. D) Gaumengewölbe und Rachen; Narben und Perforationen findet man hier häufig.

Ad. 3. Die Skelettveränderungen ergreifen mit Vorliebe a) den Schädel; b) die Nasenknochen; c) die Tibien.

a) Am Schädel fällt zunächst auf die Stirn; dieselbe ist sehr grofs, hoch, breit, vorgewölbt, hat seitliche, beiderseitige, runde Buckel und in der Mittellinie im Verlauf der Sutura medio-frontalis einen mehr oder weniger entwickelten Vorsprung. An den Seiten und dem Hinterhaupt bestehen Buckel, übermäfsige Entwickelung der Tubera

parietalia, transversale Erweiterung des Schädels infolge von Abweichung der Ossa parietalia nach aufsen, oder die Parrotsche Anomalie.

b) Die Nase zeigt häufig die Form einer Stumpfnase, Abflachung und Verbreiterung der Nasenwurzel, Zeichen von Coryza, Ozaena, Sequesterbildung und Abstofsung sequestrierter Knochenteile, der Ursache des Einsinkens des Nasenrückens. Die Nasenspitze ist aufgestülpt, die Nasenlöcher stehen nach vorne und oben. Fehlt der Knorpel, dann entsteht die Form der Lorgnettennase.

c) Die Tibia zeigt entweder Exostosen an den Epiphysen oder häufiger an den Diaphysen, entweder Anschwellung des Knochens oder Bildung von Rauhigkeiten und Knoten oder Umbildung der Fibelkante zu einer Knochenfläche oder endlich pseudorhachitische Veränderungen; die vordere Konvexität zeigt eine säbelscheidenartige Krümmung mit transversaler Abplattung. Daneben sind häufig: wirkliche Rhachitis und Gelenkveränderungen in Form chronischer Hydarthrosen und deformierender Gelenkleiden.

Ad. 4. Die Hoden können zwei verschiedene Anomalien zeigen: a) die Sarcocele infantilis; das Hodengewebe ist bindegewebig degeneriert und atrophiert, so dafs er klein, knorpelhart, knotig, rauh wird. Dieses Zeichen ist besonders wichtig. b) Der Hoden bleibt infantil ohne Anomalien der Gestalt und der Konsistenz.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

67. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Lübeck. 16. bis 21. September 1895.

Abteilung für Dermatologie und Syphilis.

Einführender: Dr. med. Wisser, Arzt für Hautkrankheiten.

Schriftführer: Dr. med. von Thaden, prakt. Arzt.

Angemeldete Vorträge.

1. Dr. med. Unna-Hamburg: a) Über Purpura senilis. b) Über Piedra. c) Demonstrationen über bakteriell-embolische Hauterkrankungen. — 2. Prof. Dr. Lassar Berlin: Beitrag zur Lupusbehandlung. — 3. Privatdocent Dr. A. Kollmann-Leipzig a) Weitere Erfahrungen über die vierarmigen Dilatatoren bei chronischer Blennorrhoe (mit Demonstrationen). b) Verschiedenartigkeit der venerischen Infektion (Blennorrhoe, Ulcus molle, Lues) bei gleicher Infektionsquelle. — 4. Dr. med. H. Wossidlo-Berlin: a) Über Dilatationsbehandlung der Harnröhrenstrikturen. b) Demonstration einer neuen elektrolytischen Batterie.

Für gemeinsame Sitzungen mit anderen Abteilungen:

5. Dr. med. Alexander-Aachen: Über Gefäfsveränderungen bei syphilitischen Augenkrankheiten (mit Abteilung Augenheilkunde sowie Abteilung Allgemeine Pathologie und pathol. Anatomie). — 6. Unna: Entstehung der weichen Naevi.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXI. No. 6. 15. September 1895.

Über die verschiedenen Prurigoformen.

Von

Prof. V. Mibelli-Parma.

Klinischer Vortrag vom 8. März 1895.

Der Patient, den ich Ihnen heute vorstelle, wurde bereits letztes Jahr wegen derselben Krankheit in unserer Klinik aufgenommen.

Alfred P., 22 Jahre alt, ledig, Zimmermann aus Parma; derselbe ist nicht hoch gewachsen (1,46 m), von ziemlich regelmäfsigem Knochenbau und etwas zarter Konstitution; allgemeiner Ernährungszustand nicht glänzend; Muskelsystem nicht gut entwickelt, schlaff; Haut dünn und bleich; Bart dünn, Haare trocken, dünn, nicht dicht stehend.

Die Hautaffektion, welche den Gegenstand unserer Untersuchung und Therapie bilden soll, fällt bei dem Patienten auf den ersten Blick auf: es handelt sich um papulöse Efflorescenzen, welche über den unteren Teil des Halses, den Rumpf und die oberen Gliedmafsen zerstreut sind und den Patienten seit einiger Zeit wegen eines heftigen Juckens belästigen.

Wir wollen nun diesen Ausschlag genauer betrachten und können dessen jetziges Aussehen mit seinem früheren vergleichen, weil wir, wie gesagt, den Patienten nicht zum ersten Male sehen.

Status vom 4. März 1894. Die gegenwärtige Hautaffektion besteht aus papulösen Efflorescenzen von besonderem Aussehen: es sind feste Erhabenheiten, circa hirsekorngrofs, von konischer Form mit abgerundeter Spitze, von rosarötlicher Farbe, die gegen die Basis zu etwas blasser wird. Bei der aufmerksamsten Untersuchung sieht man nirgends andersgestaltete Efflorescenzen, als die beschriebenen festen Papeln, die kein wirklich flüssiges Exsudat enthalten. Bei einigen aber sticht die abgestumpfte Spitze gegen das Übrige ab durch ihre milchweifse Farbe; an anderen Papeln ist die Spitze mehr gelblich und trocken; hieraus erhellt, dafs, wenn die Efflorescenzen auch nicht einen wirklich flüssigen Inhalt einschliefsen, sich doch an der Spitze eine ganz kleine Menge interstitieller Serosität angesammelt hat. Hie und da findet man auch

eine kleine schwärzliche hämorrhagische Kruste, welche die Spitze der Papeln überdeckt und als eine Folge des Kratzeffektes zu betrachten ist.

Vergleicht man die einzelnen Papeln selbst in einem beschränkten Hautbezirke untereinander, so sieht man, dafs sich nicht alle in demselben Entwickelungsstadium befinden und dafs sie nicht alle vollständig ausgebildet sind. Während nämlich die meisten rosarot sind und eine einfach abgerundete oder mit einer hämorrhagischen Borke bedeckte Spitze tragen, sind andere kaum sichtbar, weil ganz klein, von einer Färbung, die sich von der der umgebenden Haut kaum unterscheidet, und mit bereits trockener Spitze ausgestattet; andere sind fast flach, von schmutzig gelblicher Farbe mit glänzendem Zentrum; diese sind offenbar bereits in der Involution begriffen. Stellenweise sieht man ganz kleine Maculae, von denen einige etwas hyperpigmentiert sind und kleienartige Schüppchen tragen, andere dagegen pigmentarm, glatt und bei schief auffallendem Lichte glänzend erscheinend.

Die beschriebenen Efflorescenzen sind in ziemlich regelmäfsiger Weise über die Haut verteilt, aber voneinander getrennt und nirgends Gruppen bildend. Sie sind besonders an den Streckseiten der Glieder, den Seitenpartien des Thorax, den unteren Partien der Glutealregion lokalisiert.

Fährt man mit der Hand leicht über die befallenen Hautstellen, so hat man das Gefühl einer rauhen, reibeisenartigen Oberfläche, die ihre Beschaffenheit der Anwesenheit von Papeln verdankt, welche viel zahlreicher sind, als es die bloſse Inspektion vermuten läfst.

Sowohl bei der Inspektion, als bei der Palpation sieht man keine andere krankhafte Erscheinung, als die erwähnten Papeln, keine diffuse Röte, keine wirklichen Kratzeffekte aufser der Exkoriation einiger etwas stärker hervorragender Papeln (wodurch die hämorrhagischen Krüstchen entstanden sind), keine ekzematösen Erscheinungen, keine Veränderung in der Dicke und Elasticität der Haut an den befallenen Stellen.

An subjektiven Beschwerden klagt der Patient über heftiges Jucken, das fast beständig ist, aber zu gewissen Zeiten am Tage und besonders in der Nacht anfallsweise exacerbiert, so dafs beinahe vollständige Schlaflosigkeit besteht. Bisweilen geht nach den Angaben des Patienten dem Juckanfalle heftiger Schweifsausbruch voraus; nach dem Anfalle, währenddem Patient nicht umhin konnte, sich lebhaft zu kratzen, kommt es ihm vor, als hätten die Papeln an Zahl und Volumen zugenommen, jedenfalls werden sie durch das Kratzen besser sichtbar. Zuweilen tritt an Stelle des Juckens ein Gefühl von Brennen oder von Stechen, das nicht weniger lästig ist, als das Jucken.

* * *

Dieselben Erscheinungen, die wir im März 1894 konstatierten, liegen heute wieder vor. Wie letztes Jahr, finden wir jetzt auf der Haut des

Patienten aufser den Veränderungen, welche die gegenwärtige Affektion bilden, nichts Bemerkenswertes, das mit der Dermatose in Zusammenhang zu bringen wäre. Am Hinterhaupt bemerkt man eine auffallende Verdünnung des Haarwuchses mit Atrophie der Haut, die auf Favus zurückzuführen ist, und auf dem linken horizontalen Aste des Unterkiefers an der vorderen Grenze der Massetergegend sieht man eine pigmentlose Narbe, die geschrumpft und eingezogen aussieht, aber nicht mit dem Knochen verwachsen ist und wahrscheinlich von einer vereiterten Lymphdrüse herrührt. Am Halse, dem vorderen Rande des Sternocleidomastoideus oben und des Trapezius unten entsprechend, fühlt man zahlreiche kleine Lymphdrüsen.

Die jetzige Hautaffektion begann im Januar 1894. Damals bemerkte der Patient zum ersten Male etwas Jucken und einige Papeln auf Armen und Brust. Gegen Ende des Monats Januar 1894 verspürte er eines Morgens beim Aufstehen Frösteln, Brennen in den Augen, unbestimmte Schmerzen in den Knochen, Übelkeit, Durst etc. nebst grofser Abgeschlagenheit, so dafs er sich nochmals niederlegen mufste. In der Überzeugung, dafs dieser Fieberzustand von einer Verdauungsstörung herrühre, nahm er eine gute Dosis Bittersalz, die gewaltig wirkte; gegen Abend nahm das Unwohlsein ab, und in der Nacht kam es zu einem heftigen Schweifsausbruche, worauf alle Störungen verschwanden; an ihre Stelle trat aber noch in derselben Nacht heftiges Jucken über beinahe den ganzen Körper, und am nachfolgenden Morgen bemerkte er, dafs er voll kleiner Papeln war, die den jetzigen glichen. Von diesem Zeitpunkte an bis zum Tage seines Eintritts in die Klinik (4. März 1894) sind das Jucken und die Papeln nicht mehr verschwunden, ja ersteres hatte, verbunden mit dem Gefühle von Stechen und Brennen, so zugenommen, dafs es zur vollständigen Schlaflosigkeit geführt hatte.

Als wir ihn zum ersten Male wieder sahen, hatte er sieben Nächte nicht geschlafen, und seine Kräfte hatten so abgenommen, dafs er seinen Beruf nicht mehr ausüben konnte, da er sofort äufserst müde wurde, ihm die Beine versagten und er in heftigen Schweifs ausbrach, während das Jucken an Heftigkeit zunahm.

Aus der Vergangenheit des Patienten wissen wir, dafs er bis zum Januar 1894 niemals an Pruritus oder irgend einer Art von Hautausschlag gelitten hatte, ebensowenig an einer venerischen Affektion. Von anderen Krankheiten führt er an: die Lymphdrüseneiterung, von der, wie bemerkt, noch die Narbe am Kiefer zurückgeblieben ist, und einen Favus, welcher zu einer bleibenden Alopecia am Hinterhaupt geführt hatte; diese Affektionen fielen in die Zeit zwischen Kindheit und Pubertät. Sonst war er stets ganz gesund, obwohl er zugiebt, nicht sehr widerstandsfähig gegen Anstrengung zu sein, leicht schwitze und bei der Arbeit rasch er-

müde. Seine gewöhnliche Nahrung ist etwas ärmlich, indem er sich meist mit Polenta begnügen muſs; Wein trinkt er, wenn er kann, giebt sich aber keinen Excesssen in baccho hin, weil es ihm schon die Mittel nicht erlauben.

Der Vater des Patienten ist 62 Jahre alt, gesund, soll aber vor einigen Jahren an Oesophagusverengerung gelitten haben; die Mutter wurde vor mehren Jahren wegen Mammacarcinoms operiert, das seither nicht recidivierte; gegenwärtig leidet sie häufig an Darmkoliken; der einzige Bruder, den der Patient gehabt hat, lebt und scheint dem letzteren an schwacher Skelettentwickelung ähnlich, sonst ganz gesund zu sein.

Im März 1894 hielt sich Patient zwei Wochen in unserer Klinik auf, und wir konnten uns damals von der normalen Beschaffenheit der hauptsächlichsten Körperorgane überzeugen: nichts Abnormes von seiten des Pulses, der Atmung, der Temperatur, der Verdauungs- und Harnorgane. Bezüglich der Hautaffektion konstatierten wir eine beträchtliche und plötzliche Besserung nach einem ersten prolongierten lauen Kleienbad; diese Besserung machte auch in den folgenden Tagen Fortschritte, so daſs Patient bei seiner Entlassung aus der Klinik (am 17. März) gar nichts mehr zu klagen hatte über Jucken, und daſs die Haut beim Betasten überall glatt war, indem vom Exanthem nur noch schwache Spuren zurückblieben in Gestalt von hyperpigmentierten Flecken an einigen, von pigmentarmen, fast glänzenden, an anderen Stellen.

Die ganze Behandlung bestand in drei Kleien-Vollbädern, welche in Zwischenräumen von mehreren Tagen verordnet wurden. Überzeugt, daſs eine gute Ernährung, die Ruhe, das Schlafen in einem sauberen Bette wenigstens vorläufig günstig auf die Affektion einwirken würden, begnügte ich mich mit diesen einfachen Maſsnahmen, was ich übrigens auch in der Absicht that, den Fall besser zu untersuchen.

Was ist nun aus unserem Patienten geworden, seitdem derselbe uns im März 1894 verlassen hat? Aus den Protokollaufzeichnungen unserer Poliklinik, wo wir den Patienten seither öfters sahen, erhellt, daſs er die ersten vier Monate nach seinem Austritt völlig gesund blieb und nichts von abnormen Sensationen oder irgendwelchen Veränderungen an der Haut bemerkte. In der zweiten Hälfte des Juli 1894 zeigte sich dieselbe Affektion wieder, welche zum ersten Male im Winter aufgetreten war, und zwar diesmal in noch plötzlicherer Weise: ohne nämlich vorher die geringste krankhafte Veränderung bemerkt oder sich diätetisch oder anderswie verfehlt zu haben, wurde er in der Nacht plötzlich von Jucken am ganzen Körper befallen, das heftig genug war, um ihn zu lebhaftem Kratzen zu treiben und ihm den Schlaf zu rauben. Erst am anderen Morgen bemerkte er das Vorhandensein zahlreicher Papeln an den Seitenteilen des Thorax, welche nach den Angaben des Patienten dasselbe

Aussehen hatten, wie die heutigen. Unter dem andauernden Jucken, das zeitweise mit Brennen und Stechen abwechselte, entwickelten sich zahlreiche papulöse Efflorescenzen über beinahe die ganze Oberfläche des Rumpfes, den unteren Teil des Halses und die oberen Gliedmafsen, während Haarboden, Gesicht, Hände, Beine und Füfse frei blieben. Diese Hautaffektion verblieb während cirka zehn Tagen im akuten Zustande, um dann spontan nachzulassen; die Heilung war aber diesmal keineswegs eine so vollständige, wie im März. Da zu dieser Zeit die Klinik geschlossen war, konnten wir uns nicht hinreichend mit dem Patienten abgeben, und er selbst konnte sich vom Berufe nicht so losreifsen, wie es eine auswärtige Behandlung erfordert hätte. Thatsächlich kam es, besonders wenn sich der Patient stark ermüdet und viel geschwitzt hatte, von Zeit zu Zeit zu neuen Ausbrüchen von Papeln mit Anfällen von heftigem Jucken und Brennen.

Diese Erscheinungen verschlimmerten sich anfangs Dezember, nahmen dann an Intensität wieder ab, ohne jedoch ganz zu verschwinden. In den ersten Tagen des laufenden Monats kam es nun zu einem neuen Ausbruch, so dafs wir dem Patienten den Eintritt in die Klinik vorschlugen, wo Sie ihn jetzt in einem Stadium seiner Affektion sehen, das ein typisches Aussehen bietet.

Der Kürze halber wollen wir diesen objektiven Befund, welcher mit dem letztjährigen vollständig übereinstimmt, nicht nochmals beschreiben, und ich lade Sie blofs ein, Ihr Augenmerk auf die wichtigsten diagnostischen Merkmale zu richten.

Vor allem sehen wir, dafs das Exanthem aus einem einzigen Typus von Efflorescenzen, aus wirklichen Papeln besteht; es ist demnach ein ausschliefslich papulöses, monomorphes Exanthem. Die Papeln, aus denen es sich zusammensetzt, sind klein, bei der blofsen Inspektion nicht sehr gut sichtbar, sondern besser wahrnehmbar mit dem Tastgefühle. Sie stehen in verschiedenen Entwickelungsstadien, einige sind mehr, andere weniger ausgebildet; einige tragen auf der Spitze ein trockenes Pünktchen, andere ein hämorrhagisches Knötchen; sie stehen isoliert, zerstreut, nirgends zu Gruppen vereinigt; sie sind besonders an den Streckseiten der Glieder, an den Seitenpartien des Thorax, an den Lenden und am Schulter- und Beckengürtel lokalisiert. Nach dem Ergebnisse meiner Untersuchungen brauchen sie zu ihrer Entwickelung und vollständigen Resorption im Mittel eine Woche, lassen dann kaum sichtbare Spuren zurück, welche mit der Zeit ganz verschwinden. Mit dem Exanthem Hand in Hand geht heftiges Jucken und ein Gefühl von Brennen und Stechen; es läfst sich nicht genau feststellen, ob das Jucken der Bildung der Papeln vorangeht; jedenfalls aber ist das Auftreten neuer Papeln stets mit einer Exacerbation des Juckens verbunden.

Ich übergehe vorläufig einige andere Besonderheiten, um später auf dieselben zurückzukommen; die eben erwähnten führen uns bereits einen Schritt in der Diagnose vorwärts. In Anbetracht nämlich des besonderen Aussehens des Exanthems, das wir vor uns haben, sowie der Natur und Schwere der schmerzhaften Symptome, welche ersteres begleiten, kann Niemand daran zweifeln, dafs es sich um einen Fall von Prurigo handelt.

Um Sie noch mehr von der Richtigkeit meiner Anschauungsweise zu überzeugen, dürfte es nützlich sein, Ihnen auseinanderzulegen, inwiefern unser Fall mit anderen krankhaften Formen nicht verwechselt werden kann, die mit der Prurigo einige Ähnlichkeit haben, wie z. B. das Eccema papulatum, die Urticaria papulosa, der Lichen ruber, das Erythema papulosum etc.; doch halte ich es vorläufig, da Ihre Kenntnisse derjenigen Affektionen, welche allenfalls in differential-diagnostischer Beziehung in Betracht gezogen werden könnten, noch ungenügend sind, für geratener, mich mehr auf die direkte Diagnose zu verlegen. Ich will Ihnen deshalb in Kürze die klinischen Erscheinungen auseinandersetzen, welche die Prurigo charakterisieren, will Sie ihre verschiedene Formen kennen lehren und Ihnen zeigen, um welche Prurigoform es sich in unserem Falle handelt.

* * *

Einige geschichtliche Angaben sind hier unerläfslich. Der Begriff Prurigo wurde erst im Anfange dieses Jahrhunderts genauer durch Willan präcisiert, welcher ihn zur Bezeichnung einer Hautkrankheit mit Papeln und Pruritus adoptierte. Von diesen charakteristischen Merkmalen der Affektion schrieb Willan dem ersteren gröfsere Bedeutung zu und reihte die Prurigo in der von ihm aufgestellten morphologischen Klassifikation unter die „Papeln“. Er unterschied bei der Prurigo verschiedene Formen, so neben der Prurigo mitis und formicans eine Prurigo senilis und Prurigo localis, d. h. zwei von den beiden ersten grundverschiedene Arten, insofern bei ihnen das papulöse Element, wenn es auch in einigen Fällen existiert, nicht eine konstante oder dem krankhaften Prozesse inhärierende, sondern eine sekundäre oder accessorische Erscheinung bildet. — Diesem schlechten Beispiele des englischen Reformators scheinen die späteren Dermatologen in verhängnisvoller Weise Folge leisten zu wollen, indem sie dem Genus Prurigo andere neue Spezies und Varietäten beizuzählen fortfuhren, ihnen allerlei Bezeichnungen gaben, ohne sich im geringsten um den Grundcharakter einer papulösen Affektion zu kümmern, auf welchen Willan seine Prurigogruppe gegründet hatte. So kam es, dafs als Prurigo allerlei grundverschiedene Affektionen zusammengeworfen wurden, nämlich unter anderen die wahre Prurigo von Willan und der gewöhnliche Pruritus cutaneus, bei dem keine Efflorescenzen auftreten (nihil emanat, wie Mercuriale sagt).

Ferdinand von Hebra war es vorbehalten, Klarheit und Ordnung in diese bedauernswerte Verwirrung zu bringen. Er erkannte das Bestehen einer wohl definierten, durch das konstante Vorkommen der Papeln und des Pruritus charakteristische Hautaffektion an und behielt für sie die Bezeichnung Prurigo, die ihr Willan gegeben hatte, bei; er setzte ferner fest, dafs man unter der alten Benennung von Pruritus cutaneus alle anderen Formen zu verstehen habe, bei denen sich die ganze Affektion in dem einzigen Symptom des Pruritus kundgiebt, wenn auch gleichzeitig andere sekundäre und auf das Kratzen zurückzuführende Erscheinungen bestehen können.

Gestützt auf diesen Fundamentalbegriff, betrachtete Hebra als wahre Prurigo nur die von Willan beschriebenen Species mitis und formicans und zählte die Prurigo senilis und Prurigo localis dem Pruritus cutaneus bei.

Hierbei blieb aber Hebra nicht stehen, sondern gab auch noch von der Prurigo im Sinne, wie er sie verstand, eine so klare und ausführliche Beschreibung und so neu in Form und Wesen, dafs man füglich sagen darf, er sei der Gründer dieser neuen Krankheitsspezies gewesen.

Diese Hautaffektion ist ausgezeichnet durch das Auftreten von ungefähr hirsekorngrofsen, blafsroten, meist wenig auffallenden und besser beim Betasten fühlbaren, denn durch das Gesicht wahrnehmbaren Knötchen, die meist auf der Streckseite der Glieder dann auch an den Seitenpartien des Thorax, an den Lenden und der Gesäfsgegend zerstreut vorkommen. Gleichzeitig besteht heftiges Jucken, weshalb sich der Patient kratzt, wodurch einige Efflorescenzen röter werden und stärker hervortreten, andere exkoriiert werden und aus der Spitze eine ganz geringe Menge seröser Flüssigkeit oder Blut treten lassen, das zu einer schwärzlichen Borke eintrocknet. Eine jede dieser Papeln entsteht und verschwindet im Verlaufe weniger Tage, aber es bilden sich stets neue, wodurch die Krankheit in ihrem Ganzen einen chronischen Charakter annimmt; im Verlaufe derselben erfährt die Neubildung von Papeln zeitweise eine bedeutende Abnahme, und die Affektion erscheint unter einem milderen Bilde; zu anderen Zeiten jedoch zeigen sich Exacerbationen mit einer vermehrten Bildung neuer papulöser Elemente. Hat die Affektion schon lange gedauert, so treten auch dauernde Läsionen auf, die infolge des Kratzens entstehen und die Gestalt von kleinen Narben und unregelmäfsigen bräunlichen Pigmentationen annehmen.

Dieses von Hebra herrührende Krankheitsbild würde nach dem Autor den beiden Prurigoformen, der Prurigo mitis und Prurigo formicans, entsprechen; Hebra machte daraus eine einzige Spezies, die er Prurigo simplex mitis und die Kaposi später Prurigo mitis nannte.

Es giebt aber viel schwerere Prurigofälle, wobei zu den angeführten

Thatsachen noch weitere, und zwar solche hinzutreten, dafs sie das objektive Bild der Krankheit beträchtlich umzugestalten vermögen. In diesen schwereren Fällen fehlt keines der bei der Prurigo simplex oder mitis erwähnten Merkmale, nur ist das Jucken viel heftiger, und sind die daraus resultierenden sekundären Läsionen auffallender. Aufserdem werden an den stärker befallenen Stellen, wie z. B. an der Streckseite der Glieder, die Hornschichten der Epidermis trockener, sie exfoliieren sich, werden abgehoben und durch das Kratzen als dünnes weifses Mehl abgestreift; auch die Haare werden trocken und brüchig, sind in der Nähe des Follikels abgebrochen, und ihre Stümpfe ragen wie starre Spitzen aus der Haut empor. Die Haut ist infiltriert, verdickt, induriert, ihre Falten sind deutlicher ausgesprochen und liegen entfernter voneinander, mit einem Worte: die Haut lichenificiert sich, wie man heutzutage sagt. Die Hautoberfläche erscheint nun ganz rauh und gewährt beim Betasten das Gefühl eines Reibeisens, sei es nun wegen der Trockenheit der Epidermis, oder wegen der Verdickung aller Schichten, wodurch die Haut sehr fest und gespannt wird und sich nicht mehr in Falten abheben läfst, oder wegen des Vorhandenseins zahlreicher exkoriierter und mit einer kleinen Borke überdeckten Knötchen oder endlich wegen des Abbrechens der Haare ganz nahe am Follikel. Zuweilen bilden sich an einer oder mehreren Stellen, mehr oder weniger weit verbreitet, auf einer bereits in der beschriebenen Weise veränderten Haut ekzematöse Erscheinungen aus, so dafs zu allem anderen noch Nässen und Bildung ekzematöser Krusten hinzutreten. Endlich sieht man auch wirkliche pustulöse Formen in Gestalt einer Impetigo oder eines Ekthyma auftreten.

Sowohl in diesen schweren, als in den Fällen von Prurigo mitis oder simplex ist der Verlauf ein eminent chronischer mit Perioden des Stillstandes, der Besserung und des Wiederaufflackerns; doch verschwinden auch in den Zwischenräumen relativen Wohlbefindens bei der schweren Form die Pigmentationen und die Verdickung der Haut niemals vollständig; immer bleiben gewisse Zeichen zurück, welche die letztere Form von der ersten in jeder Periode unterscheiden lassen, so dafs die genaue Differenzierung beider, welche von Hebra vorgezeichnet wurde, vollständig berechtigt ist. Derselbe Hebra, der die leichtere Form als Prurigo simplex bezeichnet hatte, nannte die andere Prurigo agria seu ferox.

Wenn Sie nun das klassische Bild der Prurigo, wie ich es Ihnen auseinandergelegt, mit den hauptsächlichsten positiven Daten, die aus unserem Falle hervorgehen, vergleichen, so dürften Sie kaum mehr an der Richtigkeit unserer Diagnose zweifeln; es wird ferner genügen, Sie an das vollständige Fehlen einer Lichenifikation oder Ekzematisation von intensiveren Kratzeffekten bei unserem Patienten zu erinnern, um Sie zur Überzeugung zu bringen, dafs es sich nicht um die schwere Form der

Prurigo agria oder ferox, sondern um die leichtere der Prurigo simplex Hebra handelt.

Hiermit ist aber unsere Aufgabe in diagnostischer Beziehung noch nicht vollständig gelöst, und werde ich Ihnen deshalb noch einige Worte über den Verlauf der Prurigo mitteilen. Nach Hebra und seiner Schule zeichnet sich diese Affektion nämlich durch ihren chronischen Verlauf und ihre äufserst lange, unbegrenzte Dauer aus. Sie beginnt in schleichender Weise in den ersten Monaten des Lebens, speziell vom achten bis zum zwölften, und weist zunächst nur einzelne papulöse Efflorescenzen auf, die meist aus blafsrosaroten urticariaähnlichen Quaddeln hervorgehen. Nach und nach nehmen diese Papeln an Anzahl zu, und um das dritte Jahr herum zeigt die Krankheit ihr typisches Aussehen, bald in der milderen, bald in der schwereren Form und bleibt mit einigen Schwankungen von Besserung oder Verschlimmerung während des ganzen Lebens bestehen, da sie vollständig unheilbar ist.

Sie sehen nun, dafs in unserem Falle die Krankheit einen von dem charakteristischen Bilde der Wiener Schule weit verschiedenen Verlauf genommen hat. Erstens hat sie nicht in den ersten Lebensmonaten begonnen, sondern erst im 22. Jahre, und ohne dafs Quaddelbildungen vorangegangen wären. Ferner kennzeichnete sie sich in einer ersten Periode sowohl in Anbetracht ihrer Erscheinungsweise, als der kurzen Dauer ihres Bestandes als akute Affektion, und nach einer viermonatlichen Periode absoluten Wohlbefindens trat sie im Juli 1894 nochmals in akuter Weise auf; bis zu diesem Zeitpunkte hätte man somit von einer akuten recidivierenden Form sprechen können. Nachdem sie aber in dieser zweiten Periode mit anderen Erscheinungen begonnen hatte, zog sie sich dann bis zum heutigen Tage in die Länge, so dafs sie als chronisch oder subakut aufgefafst werden kann, und da sie von jenem Zeitpunkte an andauerte, so können wir den Verlauf als subkontinuierlich, oder besser als subentrant betrachten, zumal wenn man die Thatsache in Betracht zieht, dafs in diesem Zeitraume zwei neue akute Perioden eingetreten sind, während die vorhergehende subakute noch fortbestand. Kurz zusammengefafst, haben wir eine Form vor uns, die als akute recidivierende begonnen und später subakut und subentrierend geworden ist mit Neigung zum Übergange in die chronische Form.

Sollen wir also unsere Diagnose Prurigo fallen lassen, einzig weil der Verlauf von dem durch die Wiener Schule vorgezeichneten abweicht? Ich glaube es wirklich nicht. Denn die meisten Praktiker haben seit langer Zeit bemerkt, dafs nicht selten Fälle von Hautkrankheiten in ihren objektiven und subjektiven Merkmalen genau der schwereren oder milderen Form der klassischen Prurigo entsprechen, bei denen aber gewisse andere Kennzeichen fehlen, so z. B. das Auftreten der Affektion in den ersten

Lebensmonaten, ihre äufserst lange, unbegrenzte Dauer und die Unheilbarkeit, oder, anders ausgedrückt, man sieht öfters Prurigokranke, bei denen die Krankheit eine relativ und absolut kurze, ja sehr kurze Dauer aufweist und bei einer richtigen Behandlung einer dauerhaften Heilung fähig sind.

Dergleichen Fälle wurden von einzelnen allzu sehr in die Grundsätze einer bestimmten Schule verrannten Dermatologen nicht als Prurigo betrachtet, sondern bald als Lichen, bald als Strophulus, bald, und zwar meist, als papulöses Ekzem aufgefafst. Andere, weniger von Vorurteilen Befangene hingegen zögerten keinen Augenblick, anzunehmen, dafs es sich um wirkliche Prurigo handle, und zwar, weil in solchen Fällen nichts dazu berechtigt, von Ekzem zu reden, wo alle Hauptattribute irgend einer ekzematösen Form fehlen; sie für Strophulus oder für eine besondere Lichenart anzusehen, kommt schliefslich auf dasselbe heraus, wie wenn man von einer Varietät von Prurigo reden wollte. So wurden in den letzten Jahren vielfach gewichtige Stimmen laut, welche die von Hebra für die Prurigo gezogenen Grenzen für zu eng erklärten und nachwiesen, dafs es Fälle wirklicher Prurigo gebe, die erst im 10. bis 15. Jahre oder noch später anfangen, und solche, die in Heilung übergehen können. Kaposi selbst behauptet, dafs die Prurigo simplex oder mitis in frühem Kindesalter vollständig heilbar ist, wenn sie richtig behandelt wird.

Man ist in letzter Zeit noch weiter gegangen und hat gefunden, dafs eine wahre Prurigo nicht allein heilen kann, wann sie auch auftreten mag, sondern dafs sie auch einen akuten Verlauf zu nehmen vermag. Vidal hat vor neun Jahren in verdienstvoller Weise solche Beobachtungen gesammelt und sie meisterhaft zusammengefafst. Dieses sein Verdienst wäre auch viel rascher anerkannt worden, hätte er nicht den unseligen Gedanken gehabt, seine Prurigofälle mit akutem Verlaufe als Lichen simplex acutus zu bezeichnen; eine solche Bezeichnung ist nur geeignet, irre zu führen, weil unter dem Namen Lichen eine besondere, wohl definierte Dermatose verstanden wird, die mit der Vidalschen Affektion nicht von weitem Ähnlichkeit zeigt. Diese mufs hingegen, wie Tommasoli und nach ihm Brocq, ein Schüler Vidals, gezeigt haben, notwendigerweise der Prurigo angereiht werden, von der sie sich nur durch den Verlauf unterscheidet, weshalb sie als Prurigo acuta oder temporanea bezeichnet werden soll.

Dafs es Fälle von Prurigo giebt, welche einen Verlauf zeigen, der von dem von der Wiener Schule als charakteristisch angegebenen abweicht, wird heutzutage von namhaften Dermatologen, die sich mit der Frage befafsten, angenommen und bewiesen. Wir dürfen deshalb ganz ruhig an unserer Diagnose von Prurigo festhalten, müssen ihr aber noch irgend eine passende nähere Bezeichnung geben, wodurch ihre Varietät in Bezug auf den Verlauf bestimmt werden soll.

Um hierin in passender Weise vorzugehen, dürfte es angezeigt sein, uns das klinische Bild der Prurigo acuta zu vergegenwärtigen, das uns nach VIDAL und TOMMASOLI von BROCQ überliefert wurde, nämlich jener Form von Prurigo, die am meisten durch ihren Verlauf von der klassischen Prurigo abweicht.

Die Prurigo acuta ist eine Affektion, die mit Vorliebe bei Jünglingen mit dünner, zarter Haut, im Alter zwischen 15 und 30 Jahren vorkommt, ohne nachweisbare Ursache entsteht und meist auf Verdauungsstörungen oder profuse Transpiration zurückgeführt wird. Sie tritt ganz plötzlich auf, zuweilen begleitet von Unwohlsein und Fieber, mit Bildung juckender Papeln, von denen einige auf einer breiteren, blafsrötlichen, quaddelartigen Efflorescenz entstanden sind. Das Exanthem besteht aus Papeln, die sich nach ihrem Aussehen und ihrer Entstehungsweise nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Sie haben die Form eines stumpfen, an der Spitze abgerundeten Kegels; sie sind selten gröfser, als ein Hirsekorn, werden aber dicker und turgescent beim Reiben. Ihre Farbe variiert vom rosa- und hochroten zum gelblichweifsen, je nachdem sie älteren oder jüngeren Datums und durch das Kratzen mehr oder weniger gereizt sind. Bei frischen Papeln bemerkt man eine milchweifsliche, zuweilen gelbliche Färbung; sticht man hinein, so kommt eine ganz kleine Menge einer hellen Flüssigkeit zum Vorschein, niemals aber ein ganzer Tropfen, so dafs man von einem Bläschen sprechen könnte. Dieser Umstand erklärt gewisse Veränderungen, welche die Papel eingehen kann; die Spitze derselben trocknet nämlich zuweilen ein und wird gelblich, indem jene geringe Flüssigkeitsmenge verdunstet, so dafs es zur Bildung einer kleinen eingekapselten Kruste kommt, die später spontan abfällt und einen leichten braunen Pigmentfleck zurückläfst, der selbst ebenfalls verschwindet. Wenn sich der Patient lebhaft kratzt, so werden dadurch einige Papeln exkoriiert und bedecken sich mit einer hämorrhagischen Kruste; fällt diese ab, so bleibt eine weifse narbige Stelle zurück, die bald vollständig verschwindet. Die Papeln bilden sich rasch aus und vollenden ihren Entwickelungscyklus im Mittel in 7—8 Tagen; nicht alle jedoch machen diesen vollständig durch.

Das Exanthem befällt vorwiegend die Streckseite der Glieder, den Hals, den Rumpf, wobei die Efflorescenzen stets zerstreut bleiben und es nirgends zur Lichenisation kommt. Es wird unterhalten durch eine beständige Neubildung von Papeln. Diese entstehen entweder in kontinuierlicher Weise oder in Schüben, die von Perioden verhältnismäfsiger Ruhe unterbrochen werden. Die Dauer beträgt auf diese Weise zwei Wochen bis zwei Monate, und der Anfall endet mit vollständiger Heilung und Verschwinden der Pigmentationen.

Zu diesem objektiven Befunde kommen schmerzhafte Erscheinungen

(ob ihnen diese bereits vorausgehen, ist noch nicht festgesetzt), wie lebhaftes Jucken, Stechen, Brennen etc., die gewöhnlich nicht kontinuierlich sind, sondern Perioden der Abnahme und selbst völligen Stillstandes zeigen, denen Exacerbationen folgen, die sich, zumal nachts, bis zur Unerträglichkeit steigern können und Schlaflosigkeit verursachen.

Das ist das Bild der Prurigo acuta, deren hauptsächlichste und hervorstechendste Symptome folgende sind: 1. Vorhandensein besonders gestalteter Papeln; 2. heftige, schmerzhafte Erscheinungen; 3. Verlauf in successiven oder subentrierenden Schüben; 4. zerstreute Verteilung der Effloreszenzen mit besonderer Bevorzugung der Streckseiten der Glieder; 5. vollständiges Fehlen von Ekzematisation und Lichenifikation; 6. Entstehen einzelner Papeln aus urticariaähnlichen Quaddeln. Sie werden sich leicht überzeugen können, daſs diese Merkmale dieselben sind, welche die Prurigo simplex Hebras oder die Prurigo mitis Kaposis auszeichnen, mit Ausnahme des akuten Verlaufes. Andererseits werden Sie einsehen, daſs es sich bei der ersten Aufnahme unseres Patienten in die Klinik (März 1894) um ein typisches Beispiel von Prurigo acuta gehandelt habe. Dies war auch die Diagnose, die ich damals stellte. Später aber zeigte die Krankheit, wie Sie sehen konnten, nach einem Recidiv mit akutem Verlaufe die Neigung, chronisch zu werden, wobei jedoch die objektiven und subjektiven Symptome unverändert blieben; diese deutliche Änderung im Verlaufe müssen wir heute bei der Diagnose in Betracht ziehen, und zwar unter Zuhülfenahme der neuesten Untersuchungen von Brocq. Dieser hat nämlich mit Benutzung zahlreicher Krankengeschichten den Nachweis geleistet, daſs neben den typischen Fällen akuter Prurigo mit einer sozusagen objektiven Gesamtdauer von 2—8 Wochen, Übergang in vollständige Heilung und Restitutio ad integrum der Gewebe, noch andere vorkommen, bei denen der Verlauf ein etwas anderer ist. Erstens erklärt Brocq, daſs diese akute Form, wenn sie akut vollständig heilt, recidivieren kann; dies geschah auch bei unserem Patienten im Juli 1894. Er nimmt an, daſs die Krankheit in gewissen Fällen, wenn sie auch in typischer akuter Weise angefangen und aufgehört hat, nach einer gewissen Zeit recidiviert und zu bestimmten Zeiten des Jahres wieder auftritt, und zwar in regelmäſsiger oder regelloser Weise, so daſs die Affektion in ihrer Gesamtheit einige Jahre in chronisch-recidivierender Form dauern kann. Er fügt endlich hinzu, daſs sie von Anfang an subakut verlaufen kann, oder erst, nachdem sie akut begonnen hatte und so mit Perioden von Besserung und Verschlimmerung Monate und Jahre dauern, bis aus ihr eine chronische, von der Prurigo simplex des alten Hebra nicht mehr unterscheidbare chronische Prurigo geworden ist. Es giebt also mit Bezug auf den Verlauf zwischen der Prurigo acuta der modernen Dermatologen und der klassischen, chronischen Prurigo der alten Schule eine Reihe von

Abstufungen, so dafs es unmöglich geworden ist, eine genaue Klassificierung derjenigen Fälle aufzustellen, deren Verlauf weder ein typisch akuter, noch ein exquisit chronischer ist.

Für uns ist die Erkennung dieser Thatsachen von höchster Bedeutung; denn aus meinen Beobachtungen geht hervor, dafs gerade diese schwer klassificierbaren Fälle in der Praxis die häufigsten sind, wenigstens in unserem Klima. Viele unter Ihnen werden sich erinnern, eine Anzahl derartiger Fälle bei kleinen Kindern gesehen zu haben, welche unsere Poliklinik besuchten; ich weifs auch, dafs ich mehrmals Gelegenheit hatte, die urtikarielle Form zu demonstrieren, welche bei diesen Patienten dem Auftreten der pruriginösen Papeln voranging; ebenso erinnere ich mich, bei ganz jungen Individuen mit weifser und sehr zarter Haut zwischen den Quaddeln und charakteristischen Prurigopapeln einzelne vesikulöspapulöse Efflorescenzen gezeigt zu haben.

Urtikariaquaddeln, Prurigopapeln mit Untermischung von Bläschen bilden in solchen Fällen zusammen ein Bild, das man als Strophulus pruriginosus infantum bezeichnet hat. Es liegt aber gar kein Grund vor, dieselben mit einem besonderen Namen auszustatten, da es sich auch hier wieder um dieselbe Krankheit, um Prurigo, handelt, bei der sich nur einzelne Papeln in Bläschen umgewandelt haben, und zwar auf Grund besonderer Verhältnisse der befallenen Haut, indem jene geringe Serummenge, die man an der Spitze gut entwickelter Prurigopapeln findet, reichlicher geworden ist und infolgedessen leichter auffällt.

Noch unpassender scheint es mir, die Bezeichnung Strophulus auch noch auf die Prurigo temporanea des Erwachsenen auszudehnen, wie es Dubreuilh vorgeschlagen hat, indem er behauptet, der Name Prurigo habe in Frankreich keine genau präcisierte Bedeutung. Wir wollen deshalb alle diese Fälle aus dem Kindes- oder eines späteren Alters immer als Prurigo bezeichnen, weil dieses Wort in der Dermatologie wirklich eine bestimmte Bedeutung hat, während dies vom Strophulus nicht gesagt werden kann. Wenn wir uns Ausdrücke bedienen, welche die objektive Form und die Varietät des Verlaufes bezeichnen, wird es uns nicht schwer fallen, im einzelnen Falle die genaue Diagnose festzustellen.

In unserem Falle würde ich die Diagnose folgendermafsen formulieren: „Prurigo simplex acuta recidivans mit Neigung, in den chronischen Zustand überzugehen.“ Ich nenne sie simplex, weil sie gar nicht verschieden ist von jener Form, welche F. v. Hebra Prurigo simplex nannte, und weil das Attribut „einfach“ vorzüglich geeignet ist, anzudeuten, dafs weder Ekzematisation, noch Lichenifikation, noch irgend welche andere Komplikationen damit verbunden sind, wie man sie bei der Prurigo agria oder ferox findet. Akut nenne ich sie mit Rücksicht auf den ersten Teil ihres Verlaufes, da mit „akut“ nicht nur die kurze

Dauer einer Krankheit, sondern auch die Intensität der krankhaften Erscheinungen und die plötzliche, rasche Weise angedeutet werden soll, mit der diese entstehen, verschwinden und wieder auftreten. Prof. TOMMASOLI zieht „temporanea“ vor, das ebenfalls den Begriff des akuten Verlaufes einschliefst, dessen Bedeutung aber eine viel weitere ist.

Nach meiner Ansicht ist der Ausdruck „temporanea“, den TOMMASOLI für eine besondere Prurigoform vorschlägt, sehr glücklich gewählt, wenn er in seinem wahren und weiteren Sinne gebraucht wird, und wenn er alle jene akuten, subakuten oder chronisch-recidivierenden Fälle von Prurigo umfafst, welche nur eine beschränkte Dauer haben, im Gegensatze zur klassischen Form der Wiener Schule, deren Dauer eine beinahe unbegrenzte ist.

Die alte Unterscheidung HEBRAS zwischen Prurigo simplex und Prurigo ferox will ich nun dahin vervollständigen, dafs ich als neues Unterscheidungsmerkmal zwischen den akuten und den chronischen Formen der Prurigo die Dauer berücksichtigen werde, und zwar in folgendem Schema:

Prurigo simplex { Prurigo acuta, Prurigo subacuta, Prurigo chronica } Prurigo temporanea

Prurigo simplex { Prurigo mitis der Wiener Schule } chronische Prurigoformen mit unbegrenzter Dauer.

Prurigo complicata. Prurigo agria s. ferox von HEBRA

Diese nosologische Studie, zu der unser Fall Anlafs gegeben hat, ist, wie Sie sehen, ausschliefslich auf klinischen Thatsachen begründet. Sie mufs aber noch durch andere Umstände der Ätiologie, der pathologischen Anatomie und der Pathogenese gestützt werden, was den Gegenstand einer späteren Vorlesung bilden soll.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Freiburg [Schweiz]).

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Über Verwendung von Anilinmischungen zur tinktoriellen Isolierung von Gewebselementen.

Von

P. G. Unna.

(Schlufs.)

Rückblick und Formular.

Mit den komponierten Anilinen ist es mir ebenso gegangen, wie seiner Zeit wohl allen Forschern mit der Ölimmersion. Zunächst schien es bei Einführung der homogenen Immersion, als wenn die praktischen Übelstände, wie die gröfsere Kostspieligkeit, die Notwendigkeit einer unausgesetzten Reinigung von Linsen und Präparaten etc. diese Untersuchungsmethode auf einige wenige Fälle, speziell die Erforschung der Bakterien beschränken würden. Allmählich sah aber ein jeder ein, dafs, was für die Bakterien gilt, für alle gefärbten Präparate Geltung besitzt, und den praktischen Übelständen zum Trotz verdrängte die Ölimmersion die Arbeit mit Wasserimmersion und starken Trockenlinsen fast vollkommen. In analoger Weise schien die Entwässerung und Entfärbung mit Anilinöl durch Weigert zunächst nur für wenige Fälle (Fibrin, Bakterien) unumgänglich nötig und für die gewöhnliche Technik entbehrlich und zu umständlich zu sein. Aber auch hier haben sich besonders nach Einführung gewisser Zusätze zum Anilin die Indikationen für die Anwendung dieser Methode ungemein vermehrt, so dafs die Abtrocknung der Präparate auf dem Objektträger mit nachfolgender Anilinbehandlung sich bereits ebenbürtig der typischen Alkohol-Öl-Behandlung in Schälchen an die Seite zu stellen beginnt. Ganz besonders gilt dieses bisher natürlich nur für die dermatologische Praxis und hier wiederum hauptsächlich für die Untersuchung der sekundären Krankheitsprodukte auf Bakterien und der Kulturen. Doch erobert sich die Trocken-Anilin-Behandlung, wie die folgende Übersicht zeigt, auch bereits ein nicht unerhebliches Gebiet der gefärbten Schnitte aus ganzer Haut; die Güte der Darstellung bestimmter Strukturen trägt auch hier wieder den Sieg davon über die widerstrebende Technik.

Übrigens ist der Ersatz des bisher fast allein üblichen Gentianavioletts durch die polychrome Methylenblaulösung (Grübler) von ausschlaggebender Bedeutung für die Einführung der komponierten Aniline; denn damit entfällt die Notwendigkeit der Jodierung, d. h. ein grofser

Teil der Umständlichkeit der bisherigen Anilinmethoden. Aber ganz können wir die Gentianafärbungen und deshalb auch die Jodierung der Schnitte noch nicht entbehren, z. B. für die Darstellung der Organismen in kernreichen Krusten, in ganzen Haaren. Die Darstellung gelingt auch in solchen Fällen wohl ohne Jod, unter Hinzuziehung geeigneter komponierter Aniline (z. B. Anilin + Eosin + salzsaurem Anilin); aber die Einschiebung der Jodierung verbessert die Tinktion der mit Gentiana gefärbten Organismen stets bedeutend.

Zur leichteren Übersicht der Hauptformeln teile ich das für diese Methode geeignete Material in drei Abteilungen: I. Färbung der Fadenpilze, II. der Spaltpilze, III. von Schnitten der normalen oder pathologisch veränderten Haut.

I. Färbung der Fadenpilze.

1. Färbung von mehr oder weniger degenerierten, pilzdurchsetzten, ganzen Haaren bei Favus und Trichophytie (im Schälchen s. u.).

In erster Linie dient hier eine Gentiana-Jod-Methode, in zweiter kommt die Methylenblaufärbung mit Entfärbung durch Anilin + Kochsalz, Alaun, Salpetersäure oder Pikrinsäure in Betracht.

Hauptformel:

Gentiana-Anilinwasser 1 Minute in der Wärme, Abspülen in Wasser.
Wässerige Lösung von Jodkalium (5%) + Jod (0,5%) + Eosin (0,1%) 2 Minuten; Abspülen in Wasser und auf Löschpapier trocknen.
Anilin + Salpetersäure (1‰) + Pikrinsäure (0,1‰) ¾ Stunden (warm).
Anilin, Xylol, Balsam.

2. Färbung von Agarkulturschnitten der Fadenpilze.

Allen voran steht die Jod-Tannin-Anilinentfärbung nach Methylenblaufärbung und die Jod-Anilinentfärbung nach Gentianafärbung (Colhoun). Sodann sind brauchbar die Zusätze von Salpetersäure, Salzsäure, Ölsäure, Tannin, Kochsalz, Alaun und Bleioleat.

Die kombinierte Jod-Tannin-Mischung entfärbt rascher, als die einfachen Mischungen mit Tannin und den Salzen, und giebt kräftigere Bilder, als die Mischungen mit den Säuren.

Hauptformel:

Polychromes Methylenblau 2 Minuten, Abtrocknen.
Anilin + Jod (1‰) + Tannin (1%) 1 Minute.
Anilin, Xylol, Balsam.

3. Favus-Scutula.

Als gleichwertig sind Kochsalz, Alaun und Ölsäure zu betrachten; dieselben liefern nach Methylenblaufärbung sehr gute Entfärbungen, wobei ein Zusatz von Eosin zu diesen komponierten Anilinen die abgestorbenen Hyphen gleichzeitig in roter Kontrastfarbe erscheinen läfst. Noch brillanter ist vielleicht die etwas umständlichere Färbung mittelst Gentiana, Jod-Jodkalium-Eosinlösung und Entfärbung durch Anilin + salzsaurem Anilin.

Hauptformeln:

a) Polychromes Methylenblau 5 Minuten.
Abtrocknen.
Anilin + Eosin (1 %o) + NaCl im Überschufs 30 Minuten.
Anilin, Xylol, Balsam.

b) Gentianaviolett 5 Minuten.
Abtrocknen.
Wässerige Jodkalium- (5 %) + Eosin- (0,1 %) + Jod- (0,5 %) Lösung 2 Minuten.
Abtrocknen.
Anilin + salzsaures Anilin (1 %) 3 Minuten.
Anilin, Xylol, Balsam.

II. Färbung der Spaltpilze.

A) In Oberhautprodukten.

4. Rapide Färbung der Spaltpilze auf epilierten, sonst gesunden, ganzen Ex[illegible]en (im Schälchen s. u.).

Hier haben mir bisher nur die Mischungen mit Kochsalz und Alaun nach Methylenblaufärbung ganz befriedigende Resultate ergeben, d. h., rasche Entfärbung des Haarschaftes mit vollständiger Erhaltung der Bakterienfärbung.

Polychromes Methylenblau 1—2 Minuten (kalt).
Abspülen in Wasser, Abtrocknen auf Löschpapier.
Anilin + Kochsalz im Überschufs 2—5 Minuten (warm).
Anilin, Xylol, Balsam.

Wo es nicht auf eine schnelle Demonstration der Bakterien ankommt, kann man sich auch des Jod-Anilins (1 %) zur Entfärbung bedienen (½ Stunde) oder der Hauptformel für Favushaare (I, 1). Selbstverständlich erhält man in vielen Beziehungen noch bessere Präparate durch lange Färbung und langsame Entfärbung, z. B. polychrome Methylenblaulösung 10 Minuten (warm) und Kochsalzanilin eine Nacht oder gewöhnliche Gentiana-Jodmethode und Immersion in schwachem Pikroanilin eine Nacht. Mit der Kochsalz-Anilinfärbung können sich (nach Methylenblaufärbung) die säurehaltigen, komponierten Aniline an Schonlichkeit nicht messen.

5. Spaltpilze in zerriebenen Schuppen.

Die erste Stelle unter den Entfärbern nimmt die Karbolsäure ein, speziell die Mischung von Anilin mit Karbolsäure und Eosin. Man kann dieselbe sowohl nach Methylenblaufärbung, wie nach Anwendung der Gentiana-Jod-Methode gebrauchen. Einen eigentümlichen Vorzug hat sodann die Mischung mit salzsaurem Hydroxylamin, welches eine violette Färbung der Oberhautzellen bewirkt. In zweiter Linie folgen sodann die Entfärbungen mittelst der Kochsalz-, Alaun- und Anilinhydrochlorat-Mischungen, teils ohne, teils mit Eosinzusatz.

Hauptformeln:

a) Polychromes Methylenblau 1 Minute in der Wärme.
Abtrocknen.
Anilin + Karbolsäure (50%) + Eosin (0,1%) 1 Minute.
Xylol, Balsam.

b) Polychromes Methylenblau 1 Minute in der Wärme.
Abtrocknen.
Anilin + Hydroxylaminhydrochlorat im Überschufs ½ Minute.
Xylol, Balsam.

6. Spaltpilze in serösen Krusten.

Allen übrigen Entfärbungen voran stelle ich die mittelst der Mischung von Anilin + Salpetersäure + Tannin + Eosin. Sie wirkt ungemein schnell und liefert sehr starke Färbungen der Mikroorganismen. In zweiter Linie sind zu nennen die Mischungen mit Kochsalz und Alaun, je mit Zusatz von Eosin, in dritter die Mischungen von Anilin mit Jod, mit Jod und Tannin und mit Pikrinsäure.

Hauptformel:

Polychromes Methylenblau 2 Minuten.
Abtrocknen.
Anilin + HNO_3 (1‰) + Tannin (1%) + Eosin (1‰) 10 Minuten.
Anilin, Xylol, Balsam.

7. Spaltpilze in kern- und fibrinreichen Krusten.

Die Hauptmethode, welche für alle Fälle sich als gleichmäfsig gut erwiesen hat, ist eine Gentiana-Methode, und zwar dieselbe, welche soeben für die Scutula gerühmt wurde.

Hauptformel:

Gentianaviolett 5 Minuten.
Abtrocknen.
Wässerige Jodkalium- (5%) + Eosin- (1‰) + Jod- (0,5‰) Lösung
2 Minuten.

Abtrocknen.
Anilin + salzsaures Anilin (1%) 2 Minuten.
Anilin, Xylol, Balsam.

In einzelnen Fällen (z. B. gewissen Ekzemkrusten) erreicht man auch auf einfacherem Wege gute Resultate durch die Mischungen mit Salpetersäure + Eosin oder salzsaurem Anilin + Eosin, ja selbst mit Pikrinsäure und mit Jod, nachdem die Schnitte mit der polychromen Methylenblaulösung gefärbt wurden.

B) Spaltpilze in der Cutis.

8. Eiterkokken in den Abscessen der Cutis.

Zwei Methoden stehen sich hier gleichwertig gegenüber: die eine, welche Methylenblau verwendet, ist einfacher, aber auch weniger brillant, wie die Gentianafärbung.

a) Polychromes Methylenblau 5 Minuten.
Abtrocknen.
Anilin + salzsaures Anilin (1%) + Eosin (1‰) 6 Minuten.
Anilin, Xylol, Balsam.

b) Gentianaviolett 5 Minuten.
Abtrocknen.
Wässerige Jodkalium- (5%) + Eosin- 0,1%) + Jod- (0,5%) Lösung 2 Minuten.
Abtrocknen.
Anilin + salzsaures Anilin (1%) 2 Minuten.
Anilin, Xylol, Balsam.

Während die wässerige Eosinlösung der zweiten Vorschrift eine starke Gegenfärbung bewirkt, führt der Zusatz von Eosin zum Anilin in der ersten Vorschrift nur zu einer sehr schwachen Rosafärbung des Grundes. Man könnte daher geneigt sein, das Eosin in der ersten ganz fortzulassen. Aber man würde dadurch der Vorschrift schaden, da das Eosin in derselben, wenn es auch keine rechte Umfärbung bewirkt, doch die Entfärbung des Grundes sehr beschleunigt und dadurch die Eiterkokken stärker gefärbt hervortreten läßt.

9. Milzbrandbacillen in der Cutis.

In erster Linie empfehlenswert sind die Mineralsäuren (HNO_3, HCl), mit Tannin und Eosinzusatz, sodann Ölsäure und salzsaures Anilin, alle nach Methylenblaufärbung. Die Darstellung ist so einfach, daß eine Formel zu geben wohl unnötig ist.

10. Erysipelkokken in der Cutis.

Bei den empfindlicheren Erysipelkokken wirken die schwächeren Entfärbungsmittel: salzsaures Anilin und Ölsäure ebensogut, wie die Ent-

färbung mittelst des Salpetersäure (0,1 %) + Tannin (1 %) + Eosin (0,1 %) -Anilins. Ist bei den ersteren eine Kontrastfärbung erwünscht, so setzt man das Eosin besser der Ölsäuremischung zu, als der Mischung mit salzsaurem Anilin.

III. Färbung von Schnitten der normalen und pathologischen Haut.

11. Protoplasma.

Zur Hervorhebung des leichter färbbaren Granoplasmas und schwieriger färbbaren Spongioplasmas und der verschiedenen Arten von Bindegewebszellen dienen die Mischungen mit Kochsalz und Alaun in erster Linie, sodann mit Bleioleat. Zusätze saurer Farben sind höchstens bei der Darstellung gröberer Strukturen, wie der Plasmazellen, ratsam.

12. Mitosen.

Eine schöne Isolierung der Mitosen ergiebt die Entfärbung des mit Methylenblau gefärbten Schnittes durch die Mischung mit salzsaurem Anilin, welche fast bis zur vollständigen Entfärbung des Schnittes fortgeführt werden muſs.

Wünscht man eine Doppelfärbung, so empfiehlt sich ein Zusatz von Eosin.

Polychromes Methylenblau 2 Minuten.

Abtrocknen.

Anilin + salzsaures Anilin (1 %) + Eosin (1 ‰) 2 Minuten.

Anilin, Xylol, Balsam.

Aber auch die einfache Salpetersäuremischung läſst auf dem helleren Grunde der stark entfärbten übrigen Kerne die Mitosen sowohl im Epithel, wie im Bindegewebe gut hervortreten (polychromes Methylenblau 2 Minuten, Abtrocknen, Anilin + Salpetersäure (1 ‰) 1 Minute). Zur Erzeugung einer Doppelfärbung dient die Salpetersäure - Tannin - Eosin - Mischung (Färbung 2 Minuten, Entfärbung 3 Minuten).

Diese Arten der Mitosenfärbung vermittelst komponierter Aniline bilden eine wertvolle Ergänzung zu den spärlichen bisherigen, kürzlich von mir angegebenen Methoden für die Mitosenfärbung (Methylenblau, Glycerinäthermischung und Karbolfuchsin, Tannin-Orange).

13. Hyaline Kugeln der Bindegewebszellen.

Die zur Mitosenfärbung angegebenen Methoden stellen auch die Hyalinklumpen dar, welche in den Bindegewebszellen entstehen. Besonders die tanninhaltigen, komponierten Aniline eignen sich dazu und zeigen meistens das Hyalin blau, mit dem violetten Protoplasma kontrastierend. Auch die schwächeren Säurenmischungen können hierzu gebraucht werden, z. B. die Ölsäure-Eosin-Mischung.

14. Mucin der Hautnerven.

Die Tannin-Anilin-Mischung ist ein gutes Mittel, um auf die einfachste Weise in den mit polychromer Methylenblaulösung gefärbten Schnitten das Nervenmark rot innerhalb der blau gefärbten Nervenstämmchen hervortreten zu lassen. Auch die Mastzellen sind an diesen Schnitten rot gekörnt, doch treten sie in den stark gefärbten Schnitten wenig hervor. Für die Mastzellendarstellung haben wir bereits so einfache und vortreffliche Methoden, daſs hier die Anwendung komponierter Aniline überflüssig ist. Zur Isolierung der Mastzellen müſste man die Anilinmischung sogar sehr stark übersäuern.[4]

Bringen wir, soweit sich das nach der bisherigen Praxis feststellen läſst, die universell brauchbaren unter den besprochenen Methoden in zwei Abteilungen, je nachdem sie beim dermatologischen Arbeiten notwendig oder nur wünschenswert sind, so erhalten wir folgendes Schema über die Dignität der Methoden.

I. Beste und notwendige Anilinmischungen.

a) Aniline mit einfachem Zusatz.

1. Salpetersäure (1‰), 2. Tannin (5—10%),[5] 3. NaCl im Überschuſs,[6] 4. salzsaures Anilin (1%), 5. Jod (1%).

b) Aniline mit mehrfachem Zusatz.

6. Salpetersäure (1‰) + Tannin (1%) + Eosin (1‰), 7. Tannin (1‰) + Jod (1‰),[5] 8. salzsaures Anilin (1%) + Eosin (1‰), 9. Karbolsäure (50%) + Eosin (1‰), 10. Salpetersäure (1‰) + Pikrinsäure (0,1‰).

II. Gute und empfehlenswerte Anilinmischungen.

11. Salzsäure (1‰), 12. Ölsäure (10%), 13. Pikrinsäure $\left(\begin{matrix}1‰\\—1‰\end{matrix}\right)$ 14. Karbolsäure (50%), 15. Alaun im Überschuſs,[6] 16. salzsaures Hydroxylamin im Überschuſs.[6]

Von diesen 16 Anilinmischungen werden alle mit Ausnahme der einfachen Jodmischung (No. 5) zur Entfärbung der mit polychromer Methylenblaulösung vorgefärbten Präparate verwandt. Die Jodmischung dient nur zur Entfärbung von Gentianapräparaten, und zwar tritt sie an die Stelle der sonstigen Jodierung sowohl, wie der nachfolgenden

[4] Die stets noch restierende Basicität der Anilinmischungen ist auch der Grund, weshalb dieselben sich für das Studium der sauren Kerne nicht eignen.

[5] Die Mischungen mit Tannin dunkeln, wenn nicht oxydierende Säuren — wie HNO_3 — zugegen sind, mit der Zeit stark durch teilweise Zersetzung des Tannins. Dann entfärben sie stärker und unregelmäſsig. Es sind daher hier frische oder höchstens zwei Wochen alte Lösungen des Tannins gemeint.

[6] Die Mischungen mit (direkt) unlöslichen Salzen im Überschuſs werden im Laufe der Zeit immer kräftiger entfärbend. Bei den hier angegebenen Formeln sind alte Mischungen gemeint.

Anilinbehandlung, wodurch die Färbungsprocedur bedeutend abgekürzt wird. Sonst sind noch die folgenden Anilinmischungen wertvolle Entfärber von Gentianapräparaten: Salpetersäure, salzsaures Anilin und die Salpetersäure-Tannin-Eosinmischung. Das mit Gentianaviolett vorgefärbte Präparat wird wie gewöhnlich jodiert, dann auf dem Objektträger getrocknet und mit den genannten Mischungen entfärbt, wobei die Salpetersäure am stärksten, die Salpetersäure-Tannin-Mischung langsam entfärbt und die Kerne (neben Bakterien) hervortreten, das salzsaure Anilin dagegen gerade die Kerne im Bilde verschwinden läfst. Ganz besonders praktisch ist ferner die gleichzeitige Fixierung und Umfärbung der Gentianapräparate durch die wässerige Jodkalium- (5%) + Jod- (0,5%) + Eosin- (0,1%) Lösung mit nachfolgender Entfärbung und Entwässerung durch die Anilinmischung mit salzsaurem Anilin (1%), speziell für kern- und fibrinreiche Krusten.

Es wird manchem meiner Leser vielleicht erwünscht sein, im Anschlufs an diese Mitteilungen über die komponierten Aniline etwas Näheres über die zur Zeit in meinem Laboratorium übliche schnelle Methode der Krusten- und Haaruntersuchung zu erfahren. Ganz wesentlich für eine rasche und gute Färbung der Krustenschnitte ist die Vermeidung einer direkten Härtung des geronnenen Gewebssaftes in Alkohol. Sowohl das geronnene Serum, wie das eigentliche Fibrin ist an und für sich schon so trocken, dafs, wenn man die Kruste direkt in absolutem Alkohol und Celloidin schneidbar machte, die geronnenen Teile nachher den Farbstoff übermäfsig fest halten würden und bei erzwungener Entfärbung dieser Teile die Färbung der eingeschlossenen Mikroorganismen leiden müfste. Die erste Regel ist daher, die von der Haut abgenommenen Krusten erst eine Zeitlang in Wasser wieder anquellen zu lassen. Hat man warmes Wasser zur Verfügung, so genügen zehn Minuten, in Wasser von Zimmertemperatur läfst man sie $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde. Da es erwünscht ist, dafs der Status quo der eingeschlossenen Mikroorganismen sich bei dieser Aufweichung nicht ändert, so kann man dem Wasser ein mildes Antisepticum, wie Borsäure (1%), Salicylsäure (0,3%), ein paar Tropfen Chloroform, etwas Thymol, 1‰ Sublimat oder 1% Karbolsäure zusetzen, doch habe ich bisher auch bei zehn Minuten langer Aufweichung in nicht sterilisiertem warmen Wasser kein merkliches Wachstum der Organismen konstatieren können. Von der Karbolsäure darf man übrigens nicht mehr als 1% zusetzen, da dieselbe sonst eine hornartige Verbindung mit den Eiweifskörpern eingeht die wiederum die Entfärbung sehr erschwert.

Man legt also die Krusten in ein Schälchen mit erwärmtem Wasser und nimmt sie heraus, sowie sie weifslich und trüb gequollen aussehen, um sie dann sofort in absolutem Alkohol zu härten. Nach zwei Stunden

können sie schon in Celloidin übergeführt werden, wo sie wenigstens 2—3 Stunden verweilen. Einen halben Tag nach Abnahme der Kruste vom Lebenden ist sie stets schon schneidbar. Die Schnitte kommen auf 2—5 Minuten in die polychrome Methylenblaulösung, werden auf dem Objektträger abgetrocknet und mittelst der Salpetersäure-Tannin-Eosin-Anilinmischung zugleich entwässert und umgefärbt, dann mit Anilin und Xylol abgespült und in Balsam eingeschlossen. Findet man, daſs ein besonderer Kern- und Fibrinreichtum die Entfärbnng erschwert, so geht man mit dem nächsten Schnitte zur Gentianafärbung über, behandelt mit der wässerigen Jod-Jodkalium-Eosinlösung nach und entfärbt mit der Mischung von salzsaurem Anilin und Anilin.

Über die Untersuchung ganzer Haare auf Faden- und Spaltpilze, welche in der täglichen Praxis immer wichtiger zu werden beginnt, sind auch wohl an dieser Stelle einige Winke nicht ohne Nutzen. Für die genaue tinktorielle Untersuchung ganzer epilierter Haare stand uns bis jetzt, wenn man auf die Herstellung von Quer- und Längschnitten mittelst Celloidineinbettung verzichtete, hauptsächlich nur die Gentiana-Jodmethode mit lange (12—24 Stunden) dauernder Immersion in Pikroanilin zu Gebote. Das Studium der neuen komponierten Aniline hat inzwischen mehrere Methoden kennen gelehrt, welche eine Herstellung der Präparate schon im Laufe einer Stunde, ja einiger Minuten, also eine vergleichsweise rapide Färbung erlauben. Da die Schwierigkeit der Färbung von Organismen auf und in dem Haarschaft auf der starken Tingibilität des letzteren einerseits, seiner Dichtigkeit und Härte andererseits beruht, so ist von vornherein klar und hat sich auch durch die Erfahrung bestätigt, daſs die Güte und Leichtigkeit der Organismenfärbung wesentlich von der Art des zu untersuchenden Materials abhängt. Je nachdem die Organismen auf der Oberfläche des Haarschaftes oder zwischen diesem und der mitausgerissenen Wurzelscheide sitzen oder in die letzteren Teile eingedrungen sind, je nachdem die Haarsubstanz unversehrt oder aufgesplittert oder chemisch verändert, z. B. erweicht ist, gelingt die isolierte Färbung der Organismen verhältnismäſsig leicht oder sehr schwer. Am leichtesten sind stets die der Oberfläche des Haarschaftes anhaftenden Kokken und Bacillen, z. B. bei den verschiedenen Sykosisformen zu Gesicht zu bringen, ebenso die Sporenmassen an der Oberfläche der Trichophytonhaare. Etwas schwieriger schon ist die tinktorielle Isolierung des im Innern der Haarschäfte vegetierenden Trichophytonpilzes, aber doch noch verhältnismäſsig leicht im Vergleich zu derjenigen der im Innern des Haares verlaufenden Favushyphen. Denn bekanntlich bedingen die letzteren keine Aufsplitterung und Erweichung des Haarschaftes. Bei epilierten Favushaaren muſs also nicht nur die Farbe sehr intensiv in die Tiefe der Haarsubstanz dringen, sondern bei

der Entfärbung entsteht die zweite Schwierigkeit, dafs auch diese notwendigerweise stark sein mufs und doch nicht die Favuspilze mit entfärben darf. Noch schwieriger tinktoriell zu isolieren sind die Organismen der Wurzelscheide, wenn diese, wie oft, an dem ausgerissenen Haare haftet und dann natürlich bakteriologisch am wichtigsten von allen Haarbestandteilen ist. Dieselbe beladet sich nämlich so stark mit Farbstoffen und hält dieselben so fest, dafs nur wenige entfärbende Mittel die auf und in ihr schmarotzenden Organismen deutlich machen.

Es kann also keine Rede davon sein, die epilierten Haare sämtlich nach einer Schablone tinktoriell untersuchen zu können. Wenigstens mufs man für die oberflächlich sitzenden und tief sitzenden Organismen verschiedene Methoden in Bereitschaft haben. Praktisch habe ich in dem oben gegebenen Formular diese extremen Fälle auseinandergehalten, indem ich für die in ihrer Substanz erkrankten Favus- und Trichophytonhaare einerseits, für die auf der Oberfläche der sonst gesunden Haarschafte sitzenden Spaltpilze andererseits zwei verschiedene Hauptmethoden angegeben habe. Natürlich liefsen sich zwischen diese extremen Fälle noch eine Reihe von mittleren Fällen einschieben, welche nur mittelstarke Entfärbungen mit anderen Mitteln erfordern würden; z. B. kann man sich zum Nachweise des Favus auf epilierten Haaren auch mit schwächeren Entfärbungen begnügen, welche die Wurzelscheide nicht tinktoriell aufzuschliefsen vermögen etc. Diese kann sich jeder leicht aus den übrigen Entfärbungsmethoden selbst konstruieren. Die von mir gegebenen zwei Hauptformeln sind nur der Einfachheit wegen so ausgewählt, dafs die für Favus- und Trichophytonhaare gegebene zugleich die stärkste, mir bekannte Entfärbungsmethode für ganze Haare darstellt und auch für die Entfärbung der Wurzelscheide stets ausreicht, während die bei den Spaltpilzen angegebene Methode die mildeste, mir bekannte Entfärbungsart ist, mit welcher der Nachweis von Pilzen auf der Oberfläche der Haare doch immer schon rasch gelingt.

Die Färbung der Haare und ihrer Organismen geschieht zum Unterschiede von den Schnitten und Reibepräparaten stets im Schälchen. Die ganzen Haare werden 1—2 Minuten in eine Mischung von Spiritus und Äther gebracht, um sie zu entfetten, und kommen dann direkt in die Farblösung, welche eventuell auf einem Stative ruhend, mit der Flamme bis zum Aufsteigen von Dämpfen erhitzt wird. Darauf spült man die Haare in Wasser ab, legt sie zum oberflächlichen Abtrocknen einen Moment auf Löschpapier und bringt sie sodann in die in einem Schälchen befindliche und ebenfalls erhitzte Anilinmischung, event. nachdem sie vorher im Schälchen (kalt) jodiert wurden. Die feste Konsistenz der Haare erleichtert den Transport von einem Schälchen in das andere, und durch das Arbeiten mit erwärmten Flüssigkeiten beschleunigt man die Procedur in hohem Grade.

Aus der Praxis.

Beitrag zur Behandlung des Gesichtslupus.

Von

Dr. Scharff-Stettin.

Bei einer Diskussion über die beste Lupusbehandlung kann man leicht von einem enragierten Chirurgen der Radikalexstirpation und Transplantation als der einzig richtigen das Wort reden hören. Hinsichtlich der Sicherheit des Erfolges erscheint diese Anschauung auch ganz gerechtfertigt, aber in der Praxis kommen neben dem möglichsten Bestreben, ein Recidiv zu verhüten, doch noch andere Faktoren, vor allem der ästhetische mit in Rechnung. Es dürfte besonders bei einem jungen Mädchen, welches z. B. einen fünfmarkstückgroſsen Lupusherd, welcher, unter einem Augenlide ansetzend, sich über die Hälfte der Wange erstreckt, nicht gleichgültig sein, ob die durch die Excision gesetzte Narbe nicht trotz aller Vorsichtsmaſsregeln das Auge verzerrt und das Gesicht recht häſslich entstellt. Gerade in Hinsicht der Vermeidung beider Schäden, sowohl des Recidivs, wie der kosmetischen Entstellung, habe ich ein Verfahren aus Dr. Unnas Klinik schätzen gelernt, welches mit geringfügigen Modifikationen ausgeführt, mir ganz vortreffliche Resultate gegeben hat. Da dasselbe von Herrn Dr. Unna selbst noch nicht beschrieben, so nehme ich Gelegenheit, mit gütiger Erlaubnis desselben es hier kurz zu schildern.

Zunächst stellt man durch Glasdruck und Diaskopie den Sitz der Lupusnester fest. In jedes derselben treibt man ein zugespitztes Hölzchen (Zahnstocher, Schusterholznägel oder dergl.), welche einige Tage lang in folgender Lösung aufbewahrt gewesen waren:

℞ *Sublimat*	1,00
(*Acid. salicyl.*	10,0)
Aeth. sulf.	25,0
Olei oliv.	ad 100,0

Das Gefühl sagt dem Operateur am besten, ob er in ein Lupusnest eindringt oder nicht, da ein solches bekanntlich sehr leicht nachgiebt. Hierauf schneidet man mit einer Schere alle das Hautniveau überragende Holzstümpfe ab und klebt über die so gespickte Fläche irgend ein Guttaperchapflaster, am besten das Unnasche Hg-Karbol-Guttaperchapflaster. Während der nächsten 48 Stunden übt nun das Hölzchen auf das Lupusgewebe eine kombinierte chemisch-mechanische Reizwirkung aus, welche zu einem

vollständigen eiterigen Zerfall desselben führt. Nach Abnahme des Pflasters präsentiert sich eine mit dünnem Eiter bedeckte Fläche, welche in den jetzt bedeutend vergrößerten Einstichlöchern die jetzt ganz lose sitzenden Hölzchen trägt. Diese werden jetzt entfernt, die Fläche mit Sublimatspiritus oder -Äther gereinigt und in die durch die Hölzer erzeugten Löcher folgendes Pulver teils durch Einblasen vermittelst eines Pulverbläsers, teils durch nachhelfendes Füllen vermittelst irgend eines geeigneten Hölzchens gebracht:

℞ *$HgCl_2$*	0,1
Magnesia carbonic.	ad 10,0
Acid. salicyl.	5,0
Cocaini muriat.	0,5.

MDS. Sublimatsalicylpuder.

Über die so präparierte Fläche, welche jetzt an den richtigen Stellen eine energische und tiefgehende antituberkulöse Ätzwirkung erfährt, wird wiederum ein Pflaster gebreitet. Dieses Verfahren wiederholt man zur Sicherheit die nächsten Tage und endet damit, die wunde und so schön resorbierende Lupusstelle unter Sublimatresorcindunstverbänden, welche hier und da durch Pyrogallolsalben abgelöst werden, zur Heilung zu bringen.

Ob man mit einmaliger Ausführung der geschilderten Procedur auskommt oder den Turnus wiederholen muſs, hängt ab teils von den jeweiligen Verhältnissen des Falles, teils dem Befinden des Patienten, schlieſslich von der Gründlichkeit des Operateurs.

Jedenfalls verdient die Unnasche Spickmethode, welche ja einige wieder verlassene historische Vorläufer besitzt, die Beachtung aller Praktiker. Der Schmerz des Spickens wird von verständigen Personen ohne weiteres vertragen, kann aber auch durch die Schleichsche Infiltrationsanästhesie ganz und gar ausgemerzt werden.

Versammlungen.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 25. Februar 1895.

(*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. Vereinsbeilage. No. 12.)

Diskussion über den Vortrag von P. Heymann „Verwachsungen und Stenosen des Pharynx und Larynx infolge von Lues". G. Lewin: Die Abgrenzung gegen Lupus und Skrophulose, die klinisch doch von Tuberkulose different ist, ist oft schwer. Bei Verwachsungen des Velums mit der hinteren Rachenwand hat er oft noch eine feine Öffnung gefunden, deren Vorhandensein schon an dem Klang der Stimme erkennbar ist. Richtig unterscheiden die Franzosen: la voix nasale und nasillarde. Die Therapie erzielt meistens guten Erfolg. Drohende Suffokation lieſs sich oft durch forzierte Sublimatinjektionen beseitigen, so daſs die Tracheotomie entbehrlich wurde, mit der übrigens nicht gezögert werden darf.

Gerhardt berichtet einen Fall von diaphragmatischem Verschluſs des Rachens mit kleiner zentraler Öffnung, deren Erweiterung erst nach vorausgeschickter Tracheotomie möglich wurde. Eine Larynxstenose kann schon durch Kondylome an der Epiglottis im Frühstadium eintreten. Gummata des Larynx sind oft schwer von Carcinomen zu unterscheiden, zumal wenn sie nach Darreichung von Jodkalium ulceriert sind. Infiltrationen, Narben, Perichondritis können zu Larynxverengerungen führen. Die luetischen Trachealstenosen sitzen oben, verändern die ganze Schleimhaut in eine Art Strickleiter oder kombinieren sich mit Perichondritis am unteren Ende.

Lublinski: Die durch gummöse Infiltration hervorgerufenen Larynxstenosen sind scharf von den durch Perichondritis hervorgerufenen zu trennen. Erstere können durch Jod und Schmierkur beseitigt werden, solange sie noch nicht zerfallen sind, denn dann kommt es zu Perichondritis, Knorpelnekrose und zu Verwachsungen, Membranbildungen etc. Die Syphilome der Trachea führen zu Membranbildungen, die oft etagenförmig angeordnet sind; zuweilen gelingt es, die Trachea durch Bougieren zu erweitern.

G. Lewin berichtet einen Fall von Verwachsung der Epiglottis mit den Aryknorpeln; er legte damals in der Epiglottis galvanokaustisch eine Öffnung an. Ein Jahr später wurde doch die Tracheotomie nötig. Auffallend ist die Verwachsung der in steter Bewegung befindlichen Teile. Wahrscheinlich beginnt dieselbe an der gemeinsamen Insertion der Schleimhäute der betreffenden Organe.

Lublinski: Die starre Infiltration des weichen Gaumens, die nach Neumann bestehende Myositis spezifica des Velums trennt seine Beweglichkeit, wodurch die Möglichkeit der Verwachsung mit der hinteren Rachenwand begünstigt wird.

P. Heymann betont in seinem Schlufswort, dafs die Geschwüre durchaus nicht immer auf spezifische Therapie heilen. Ein Fall widerstand aller Therapie, erst nach Tracheotomie trat Heilung ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Sitzung vom 10. Mai 1895.

(*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 21.)

1. **Einen Fall von Psoriasis vulgaris bei einem 38 Tage alten Kinde** demonstriert Rille. Der Vater des Kindes leidet seit dem 20. Lebensjahre an Psoriasis. Bei dem Kinde traten die Veränderungen einige Tage nach der Geburt in den Leistenbeugen und an der inneren Schenkelfläche zuerst auf, jetzt ist fast der ganze Körper afficiert. Das Leiden wird teilweise verdeckt durch ein artificielles Ekzem. Ein solch frühes Auftreten gehört zu den gröfsten Seltenheiten. Kaposi, Neumann, H. v. Hebra haben psoriatische Kinder unter einem Jahre gesehen. Neumann erwähnt, dafs bei Kindern Ohrmuschelekzeme den Ausgangspunkt für Psoriasis bilden können, ebenso sah Henoch dieselbe entstehen im Anschlufs an das Stechen der Ohrlöcher. Die Geschwister des vorgestellten Kindes sind frei von Psoriasis.

2. **Über mit Jodquecksilberhämol behandelte Syphilisfälle** berichtet Rille. Das Mittel ist von Kobert hergestellt, enthält 18% Quecksilber und 28% Jod. Das Hämol wird bereitet, indem man neutralisiertes Blut von warmblütigen Tieren mit Wasser und Zinkstaub schüttelt, den Niederschlag in kohlensaurem Ammon auflöst und in destilliertem Wasser suspendiert. Durch Schwefelammon entfernt man das Zink, und erhält dann das Hämol durch Salzsäurezusatz als schwarzgrauen, pulverförmigen Niederschlag. Das Jodquecksilberhämol wird gut vertragen. Bemerkenswerte merkurielle Nebenwirkungen wurden bei 25 Fällen nicht beobachtet, abgesehen von in einem Drittel der Fälle vorübergehend aufgetretenen Durchfällen. Die Heilwirkung stand derjenigen anderer interner Quecksilberpräparate sicher nicht nach. Man gab:

Haemol. hydrargyro-jodat. 10,0
Pulv. et Extr. Liq. q. s. ut f. pilul. No. 50.
DS. Dreimal täglich zwei Pillen nach dem Essen.

Opium kann man zusetzen. Es wurden zu einer Kur 110—218 Pillen gebraucht. Auch bei tertiären Erscheinungen blieb der Erfolg nicht aus. Der Vortragende empfiehlt das Mittel als gutes internes Quecksilberpräparat, zumal bei vorhandener Anämie und Skrophulose. Die Inunktionen und Injektionen soll es nicht ersetzen.

3. **Operativ geheilter Fall von ausgedehntem Lupus** demonstriert Lang. Er betont, dafs die chirurgische Lupusbehandlung die einzige radikale ist und als solche immer mehr anerkannt wird. Statistisch bemerkt er, dafs die grofse Zahl der Lupusfälle in den Wiener Krankenhäusern nur eine scheinbare ist, da derselbe Fall in den verschiedenen Abteilungen eingetragen wird, was durch die lange Dauer des Leidens und das Wandern der Kranken von einem Spital in das andere erklärlich ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau.

Klinischer Abend am 22. Juni 1894.

(*Dtsch. med. Wochenschr.* Vereinsbeilage. No. 13.)

Jadassohn stellt vor a) einen **Fall von Favus herpeticus** in der Glutealgegend in Gestalt bis zehnpfennigstückgrofser rundlicher Efflorescenzen mit abgeheiltem Zentrum und leicht erhabenem, hellrotem, schuppendem, etwas unregelmäfsigem Rande. In einem dieser Kreise sitzt ein typisches Scutulum. Die Züchtung ergab einen mit dem sonst von Jadassohn gefundenen Favuserreger identischen Pilz. Der vorgestellte Fall spricht für die Unität der Favuspilze. Die spontane zentrale Heilung, wie wir sie beim Herpes tonsurans kennen, erfolgt auch hier, sofern es nicht zur Scutulumbildung gekommen ist. Vorhandene Scutula schwinden spontan nur nach eingetretener Druckatrophie. Heilung des Falles durch Pyrogallussalben.

b) **Ein Fall von ganz aufsergewöhnlichem, lokalisiertem, makulösem Syphilid mit grofser zentraler Papel.** Die trotz verschiedener Quecksilberkuren von vielen Recidiven heimgesuchte, seit 1½ Jahren luetische Patientin zeigt an der linken Brustseite eine 1½ cm lange, 1 cm breite, derbe, papulöse, von trockener Borke bedeckte Infiltration, umgeben von hellroten, linsengrofsen, makulösen und flachpapulösen, konfluierten oder zerstreuten Efflorescenzen. Diese Gruppierung, deren Prototyp die Syphilide irisée der Franzosen ist, ist charakteristisch. Der zentrale Herd ist stets der ältere, die peripheren sind stets kleiner und weniger entwickelt. Später gesellten sich zu diesem umschriebenen Syphilid einige disseminierte Roseolaflecke, welche die Zugehörigkeit des ganzen Ausschlages zur Frühperiode bekunden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Aus der Jahresversammlung der amerikanischen ärztlichen Vereinigung.

(*Med. News.* 8. Juni 1895 und 15. Juni 1895.)

Die Resultate bei der Behandlung der Prostatahypertrophie, von J. W. White. W. hat bisher 111 Fälle von doppelseitiger Kastration wegen dieses Leidens zusammenstellen können. Dieselben ergaben eine Mortalität von 18% (20 Fälle), doch sind 13 der Todesfälle mit Fug und Recht nicht eigentlich auf die Operation an sich zu beziehen. Trotzdem mehrere der Kranken vor der Operation eine durchaus ungünstige Prognose rechtfertigten, waren die Erfolge im allgemeinen sehr befriedigend, indem bei etwa 87% eine schnelle Verkleinerung der Prostata nachgewiesen werden konnte. Selbst in einigen, zuletzt letal verlaufenden Fällen wurde diese Erscheinung beobachtet. Bei 52% wurde Heilung oder wenigstens Besserung von langwieriger Cystitis beob-

achtet, und bei 66% wurde Kräftigung der Elasticität der Blase nachgewiesen. W. stellt ferner die etwas überraschende These auf, dafs die Kastration mehr Aussicht auf die Wiederherstellung der normalen sexuellen Funktionsfähigkeit gewähre, als irgend eine andere Behandlungsweise. Betreffs der Wirkung der einseitigen Kastration sind, die Ergebnisse noch unsicher, ebenso in Bezug auf die Unterbindung des Vas deferens. Bei Unterbindung der Gefäfse, resp. des gesamten Ductus spermaticus tritt Atrophie der Vorsteherdrüse, aber erst nach Entartung der Testikel, ein.

Dr. Pilcher berichtete über zwei Fälle, von denen der eine sehr befriedigend verlief, während der andere Patient gleich nach der Operation heftig delirierte und am sechsten Tage an Erschöpfung starb. Redner führte aus, dafs man bei fibröser Hyperplasie keinen Erfolg erwarten kann; die günstigen Fälle sind wohl solche, bei denen die Vergröfserung auf Zunahme der muskulösen und drüsigen Elemente der Prostata beruht. Auszuscheiden sind die Fälle von kongestiver und entzündlicher Schwellung.

A. G. Gerster hat drei Fälle operiert; zwei davon haben sich der weiteren Beobachtung entzogen, der dritte, ein von vornherein verzweifelter Fall, verlief anfangs günstig, doch starb der Kranke bald nachher an Prostataabscefs, trotzdem derselbe lege artis behandelt worden war. Zwei andere Fälle von anderen Kollegen sind hingegen sehr befriedigend verlaufen.

Dr. Alexander forderte zu gröfserer Objektivität in der Beurteilung dieser Fälle auf.

J. H. Packard betont, dafs es von grofser Wichtigkeit sei, zu welchem Zeitpunkte die Operation ausgeführt wird. Er berichtet über einen Fall von sehr auffälliger Besserung der Fassungskraft der Blase nach der Operation.

T. A. Mc Graw hat einen Fall mit auffallend günstigem Erfolg und einen mit schliefslich tötlichem Ausgang beobachtet. Der Verlust des einen Hodens übt, nach einem von ihm verfolgten Falle zu urteilen, keinerlei Einfluſs aus.

Die operative Behandlung des Krebses der männlichen Genitalien, von H. Mc Quire. Verfasser giebt eine umfassende Schilderung der klinischen Erscheinungen und der operativen Behandlung des Carcinoms des Penis, des Hodensackes und der Hoden und der Prostata. Am Penis tritt der Krebs meist an der Glans, oder auch auf der Innenseite der Vorhaut, namentlich im Verein mit Phimose, als ein kleines Bläschen oder Knötchen hervor, das sich bald zu einem Geschwüre entwickelt. Falls frühzeitig mit dem Messer operiert wird, ist die Prognose nicht schlecht, doch ist ein Hinausschieben verderblich, und besonders auch ein Schwächen des Patienten durch Jod- und Queckailberkuren. An den Testikeln ist die medulläre Form des Carcinoms die gewöhnlichste. Zur Diagnose sind folgende Merkmale von Bedeutung: 1. andauernde, fortschreitende, massive Vergröfserung des Organs ohne Entzündung; 2. ungleiche Konsistenz an verschiedenen Stellen der Geschwulst; 3. kein Durchscheinen; 4. Neigung der Skrotalvenen zum Zunehmen; 5. zunehmende Schmerzen; 6. bei zweifelhaften Fällen giebt oft eine aseptische Probepunktion, oder, besser noch, Incision Aufschlufs; 7. Verdickung des Samenstranges, und, noch mehr, der Lumbardrüsen.

Carcinom der Prostata ist bei unseren bisherigen Hülfsmitteln noch immer einer Radikaloperation unzugängig. Man teilt die Affektion praktisch in die harte und die weiche Form ein. Bei ersterer hat man folgende Anhaltspunkte: 1. die Häufigkeit und Schwierigkeit beim Urinlassen stehen in keinem Verhältnis zur Gröfse der Drüse oder der Menge des Residualurins; 2. die Einführung eines Metallkatheters ist schwierig und oft unmöglich; 3. anhaltender Schmerz im Becken, zuweilen nach den Beinen ausstrahlend; 4. Blutungen vor oder nach der Urinentleerung; 5. Härte der

Prostata und vielleicht auch der Samenbläschen. Bei der weichen Form bestehen ähnliche Symptome, doch treten dieselben meist erst dann deutlicher zu Tage, wenn das Leiden schon sehr weit vorgeschritten ist. Am meisten Erfolg, in palliativer Beziehung, scheint man mit der Sectio alta und Anlegung einer Urinfistel mit künstlicher Verschlufsvorrichtung bei diesen Fällen erzielt zu haben.

Philippi-Remscheid.

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. November 1894.

(*Journ. of. cut. and gen.-ur. dis.* März 1895.)

Dr. Sherwell stellt einen **Fall von Keratosis** vor. Der Patient ist 28 Jahre alt, sonst gesund, hat keine Syphilis gehabt. An beiden Fufssohlen zeigt er kleine, einzelnstehende, sehr schmerzhafte Schwielen, die den Clavi syphilitici nicht unähnlich sehen. Redner sieht den Fall als eine Keratosis von idiopathischem Charakter an, während Dr. Bulkley, Klotz ihn als Warzen, Dr. Jackson als Leichdorn ansprechen.

Dr. Fordyce zeigt ein 4jähriges Mädchen mit einer **kongenitalen Alopecie.**

Dr. Robinson stellt einen **Fall von universellem Lichen planus** vor. Interessant ist in dem Falle die stellenweise eigentümliche Verteilung der Läsionen. An den Armen waren viele von ihnen in Kreisform angeordnet.

Dr. Bulkley findet diese Anordnung ungewöhnlich in solchen Fällen. Die Krankheit befalle mit Vorliebe solche Leute, welche sehr viel baden.

Dr. Fordyce hat vor einem Jahre in einem ähnlichen Falle den Ausschlag unter dem Gebrauche von Arsenik verschwinden sehen.

Dr. Robinson und Dr. Klotz haben dagegen vom Arsenik keine besonderen Vorteile gesehen. Nach der Ansicht des letzteren tritt der universelle Lichen planus zu gewissen Zeiten stärker auf und verschwindet nicht selten spontan auch ohne Behandlung.

Dr. Lustgarten hat gefunden, dafs der Lichen planus häufiger in der Privat-, als in der Hospitalpraxis auftrete.

Dr. Sherwell und Dr. Elliot haben Fälle gesehen, die sich unter verschiedenen Behandlungsmethoden sehr gebessert haben.

Dr. Allen empfiehlt die Hydrotherapie als vorteilhaft bei der Behandlung des Lichen planus.

Über einen Fall von Rhinosklerom spricht Dr. Klotz. Die 40jährige Patientin hat früher Diphtherie durchgemacht. Vor zehn Jahren hatte sie viel von ihrer Nase zu leiden, die nach und nach sich verstopfte. Als die Patientin sich operieren lassen wollte, bekam sie Scharlachfieber, das auf den Zustand der Nase günstig zu wirken schien. Bei der ersten Besichtigung der stark vergrösserten Nase fand Klotz das Naseninnere von krustigen, blutig-eiterigen, dem Septum festanhaftenden Massen verstopft vor. Die linke Seite war für die Luft völlig undurchgängig. Die Untersuchung der Mundhöhle und des Rachens ergab vollständiges Fehlen der Uvula, dunkelrote Farbe des zentralen Teiles des weichen Gaumens, beiderseits kleine, mit gelblichem Eiter bedeckte Ulcerationen, so dafs hinreichender Verdacht auf Lues vorhanden war. Unter einer antiluetischen Kur mit Quecksilber und Jodkalium und Applikation von Merkurialpflaster besserte sich der Zustand auffallend schnell. Gleichwohl wurde die Diagnose Rhinosklerom wegen der Beschaffenheit der Geschwüre im Rachen und des weiteren Verlaufes von Klotz aufrecht erhalten und auch von den anwesenden Mitgliedern geteilt.

Dr. Bulkley stellt einen **Fall zur Diagnose** vor. Die Patientin ist eine 33jährige, verheiratete Frau mit einem symmetrischen, über die unteren und oberen

Extremitäten, Hals, vordere Brust, Intraskapulargegend und Gesäfs verteilten Ausschlag. Derselbe ist charakterisiert durch teils papulöse, teils vesikulöse und pustulöse Efflorescenzen. Das Leiden begann vor 3—4 Wochen mit Fieber und verursacht gegenwärtig beträchtliches Jucken.

Die Mehrzahl der Mitglieder, wie der Redner selbst, neigen zur Diagnose „Dermatitis herpetiformis Duhring".

Dr. Elliot zeigt kolorierte Bilder eines krustigen, pustulo-fungösen **Ausschlages infolge Gebrauches von Bromkalium.** Es handelte sich um ein kleines schwaches Kind, das zuerst Syrupus ferri jodati erhielt. Derselbe verursachte einen erythematösen Jodausschlag mit nachfolgender Jodakne, worauf der Arzt zu Bromkalium griff, das nach einiger Zeit zu der obigen, ganz ungewöhnlichen Eruption Anlafs gab.

Sitzung vom 18. Dezember 1894.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* April 1895.)

Ein Fall von Prurigo mitis bei einem 9jährigen, gut entwickelten, aber sehr anämischen Mädchen wird von Dr. Klotz vorgestellt. Die Haut des Gesichts, besonders der Stirn, die unteren Teile der Arme, Hände, Finger, weniger stark die unteren Extremitäten zeigen zahlreiche, hirsekorngrofse, blasse oder schwach gelblich gefärbte, zum Teil in das Corium eingebettete, zum Teil mehr oder weniger erhabene, einzelnstehende oder zu Gruppen vereinigte Papeln. Einige Kratzeffekte sind sichtbar, dagegen nirgends Röte oder sonstige Anzeichen von Hyperämie. Das Jucken ist mäfsig, am stärksten gegen Abend.

Einen Fall von Knotensyphiliden an der Nase zeigt Dr. Morrow. Der Fall erinnert lebhaft an ein Rhinosklerom.

In der Diskussion bemerken mehrere Mitglieder, dafs derartige Syphilide in dieser Region der angewandten Therapie oft hartnäckig widerstehen. Die Applikatio von Quecksilberpflaster brachte einen Teil zum Schwinden.

Einen abnormen Fall von Alopecia stellt Dr. G. T. Jackson vor. Die 24jährige, unverheiratete Patientin erfreut sich eines guten Allgemeinbefindens. Bis vor drei Monaten war ihre Kopfhaut, abgesehen von Schuppen, gesund. Da bemerkte sie eines Tages ein Knötchen auf dem Kopfe, später bildete sich an der Stelle eine Kruste. Ein Arzt gab ihr Salbe. Von dieser Zeit an fielen ihre Haare aus. Als Dr. Fox die Patientin zum ersten Male sah, zeigte sie alle Anzeichen eines akuten, nässenden Ekzems. Die erkrankte Partie auf dem Scheitel des Kopfes bildet eine grofse kahle, rote mit grofsen, flachen, festhaftenden Schuppen bedeckte Scheibe. Die Untersuchung der Schuppen auf Parasiten wurde nicht gemacht.

Dr. Fox meint, dafs es sich um ein typisches nässendes Ekzem handelt. Der Verlust der Haare könnte vielleicht auf tiefe Pustelbildung zurückgeführt werden.

Dr. Robinson sagt, in sehr akuten Fällen von Ekzem können die Haare infolge der serösen Infiltration der Haarfollikel ausfallen.

Fall zur Diagnose, vorgestellt von Dr. Sherwell. Der Patient, ein 45jähriger Chinese, klagte über Verlust der Empfindung an gewissen Körperstellen. Bei der ersten Untersuchung zeigten sich alle Extremitäten vollständig anästhetisch. Dr. Sherwell glaubte auch, eine leichte Verdickung und Verhärtung des Nervus ulnaris wahrzunehmen. Er sei geneigt, den Fall mit Rücksicht auch auf die Nationalität des Patienten als eine beginnende Lepra anaesthetica anzusehen. Dieser Ansicht widersprechen die meisten anwesenden Mitglieder.

Dr. Taylor berichtet über einen **Fall von Resorcindermatitis.** Die 35jährige Patientin litt an einem typischen seborrhoischen Ekzem der ganzen Kopfhaut. Eine einzige Applikation einer Salbe, die aus 3,75 Resorcin auf 30,0 Cold cream bestand, etwas sehr stark! Ref.), rief eine heftige Dermatitis hervor, welche sich auf die Ohren,

die Stirn, den Hals ausdehnte und der Behandlung lange Zeit widerstand. Die Patientin hat schon vor einigen Jahren auf den Gebrauch von Resorcin hin einen ähnlichen Ausschlag gehabt.

Drs. JACKSON, ELLIOT, KLOTZ haben wiederholentlich auch nach dem Gebrauch von weniger starken Resorcinsalben Dermatitiden entstehen sehen.

Dr. LUSTGARTEN sah einige Male nach Resorcin stark juckende Flecken einer oberflächlichen, erythematösen Dermatitis entstehen.

Die **Pediculi pubis** liegen nach Dr. KLOTZ' Beobachtungen flach und sehr nahe der Hautoberfläche auf, und zwar mit ihrem Kopf im Haarfollikel, während sie mit ihren Krallen das Haar umfassen.

Einen **Fall von Arteritis syphilitica** beschreibt Dr. KLOTZ. Der 50jährige Patient hatte vor 28 Jahren Syphilis. Seit 25 Jahren sind keine Symptome mehr aufgetreten. Neulich merkte er bei der Arbeit, dafs sein rechter Arm nicht mehr so stark sei, wie früher, und dafs er leicht ermüdete. Vor einer Woche etwa wurde der rechte Zeigefinger kalt und blau und verursachte in der Nacht beträchtliche Schmerzen. Der Daumen war ebenfalls ergriffen, aber in geringerem Grade. Der Nagel des erkrankten Zeigefingers hatte eine blasse, bläuliche Farbe und zeigte eine Anzahl von roten Längsstreifen.

Es wurde die obige Diagnose gestellt und Jodkalium verordnet. (Mit welchem Erfolg? Nach 25jähriger Pause noch Erscheinungen einer vor 28 Jahren acquirierten Syphilis gehören zu den gröfsten Seltenheiten! Ref.)

Dr. KLOTZ macht darauf aufmerksam, dafs bei gesättigten Jodkaliumlösungen ein nicht unbeträchtlicher Teil Jodkalium durch Verdunstung verloren geht.

Sitzung vom 22. Januar 1895.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Mai 1895.)

Dr. FORDYCE stellt einen **Fall von Jodoform-Dermatitis** vor. Zwei bis drei Tage, nachdem der Patient auf eine Wunde am Finger Jodoform gestreut hatte, brach an derselben Hand ein vesikulöser und bullöser Ausschlag aus, der von einer beträchtlichen Schwellung und Exfoliation der Epidermis gefolgt war und eine rauhe glänzende Oberfläche hinterliefs. Der Ausschlag ergriff auch die andere Hand, das Gesicht, Scrotum und die Füfse, die mit Jodoform überhaupt nicht in Berührung gekommen waren. Schmerzen oder Jucken waren fast gar nicht vorhanden. Der Patient hatte schon einmal einen ähnlichen Ausschlag auf die Applikation von Jodoform durchgemacht.

Dr. DANIEL LEWIS hat einen vesikulösen Ausschlag auf die Applikation einer 15%igen Perubalsamsalbe entstehen sehen. Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder hat ähnliche Beobachtungen, wie Dr. FORDYCE, gemacht.

Dr. LUSTGARTEN zeigt einen **Fall von ausgedehntem Favus an den Unterextremitäten.** Der Patient hat jetzt nicht und auch früher nicht Favus auf dem Kopfe gehabt.

Dr. FORDYCE hat einen so ausgedehnten Favus am Körper gesehen, ohne dafs die Kopfhaut mitergriffen war.

Dr. ALLEN hält den vorgestellten Fall als den bemerkenswertesten, den er je gesehen habe. Er weist auf die Thatsache hin, dafs es aufserordentlich schwierig sei, Favus der Kopfhaut zu heilen, während dies beim Favus des Körpers relativ leicht sei.

Dr. KLOTZ erinnert an die verschiedenen aufgestellten Favusarten. Vielleicht ist der Favus in dem vorliegenden Falle von besonderer Art, die sich auf der Kopfhaut nicht entwickelt. Favus ergreife selten mehrere Mitglieder derselben Familie, wenigstens ungleich seltener, als die Trichophytie. Im Gegensatze hierzu haben

Dr. Robinson und Dr. Allen mehrere Fälle von Favus in derselben Familie gesehen.

Dr. Morrow glaubt, dafs das Klima auf das Entstehen von Favus, Ringworm einen Einfluſs ausübe.

Dr. Lustgarten sagt, der Favus trete verhältnismäſsig häufig im nördlichen Italien, südlichen Frankreich, in Rufsland, Polen, Österreich-Ungarn auf, wo die ärmeren Klassen infolge ihrer Lebensweise und ihres Mangels an Reinlichkeit die Entwickelung parasitärer Hautkrankheiten begünstigen.

Einen Fall von Dermatitis papillaris capillitii stellt Dr. Morrow vor. Der Patient zeigte auf dem Nacken eine Läsion; welche sich unter dem Gebrauche von Salicylsäure und Merkurialpflaster etwas gebessert hat. Aufserdem hatte der Patient einige eigentümliche Linsenflecke am Körper und zahlreiche, zumeist subkutan gelegene Fibromata. Alle diese Läsionen, mit Ausnahme derjenigen am Nacken, bestanden seit der frühesten Kindheit, vielleicht schon seit der Geburt. Kongenitale Syphilis habe Vortragender trotz gewisser Narben an den Armen ausgeschlossen und lieber obige Diagnose gestellt, mit der auch die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder einverstanden ist.

Dr. Lustgarten hat in den letzten 8—9 Jahren sieben Fälle von Molluscum fibrosum gesehen, bei denen allen die Schilddrüse fehlte, soweit dies eben durch die Palpation festzustellen war. Da die Ätiologie des Molluscum fibrosum noch unbekannt sei, so wäre es möglich, dies mit dem Mangel der Schilddrüse in Zusammenhang zu bringen.

Dr. Morrow sagt, er habe diesen Fall mit Schilddrüsenextrakt behandelt, aber ebensowenig, wie in einem Falle von Akromegalie eine bemerkenswerte Wirkung wahrgenommen.

Sitzung vom 26. Februar 1895.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Juni 1895.)

Dr. Allen stellt eine junge Dame vor mit einem oberflächlichen **Naevus vascularis, behandelt mit Elektrolyse.** Der angeborene Naevus safs an der Seite des Halses. Unter der Behandlung mit der elektrolytischen Nadel besserte sich das Aussehen desselben sehr wesentlich.

Dr. Morrow stellt ein 22jähriges Mädchen mit **Lupus vulgaris disseminatus** vor. Die zahlreichen zerstreuten Knötchen habe er mit Ignipunktur und lineären Skarifikationen und darauffolgender Applikation von Merkurialpflaster erfolgreich behandelt.

Dr. Jackson erzielt gute Erfolge beim Lupus disseminatus mittelst der Elektrolyse, und zwar bedient er sich hierbei einer etwas groben Stahlnadel.

Dr. Allen zieht die lineären Skarifikationen und starke Merkurialpflaster vor.

Dr. Fordyce kratzt die Läsionen, wenn sie diffus sind, aus, appliciert dann Pyrogallussäure oder den Galvanokauter.

Dr. Bulkley hat gute Resultate erhalten, indem er zuerst die Knötchen auskratzt und dann die Höhlungen mit purer Karbolsäure auswischt. Es bildet sich ein schwacher, oberflächlicher Schorf.

Dr. Klotz bedient sich der Methode, wie Dr. Fordyce.

Einen **Fall von Fragilitas crinium** stellt Dr. Jackson vor. Die 28jährige Patientin leidet etwa zehn Jahre an der Haarkrankheit. Dieselbe trat während eines Anfalles von tiefer Anämie und allgemeiner Schwäche ein, an der die Patientin neun Monate gelitten hat. Erst im letzten Winter hat sie ihre frühere Gesundheit wiedererlangt. Sie hat viel mit Kopfschmerzen, Dysmenorrhoe und Nervosität zu thun gehabt. Ihr Haar ist niemals lang gewesen, war aber dick und hing früher bis zur

Mitte des Rückens herab. Sie hat niemals Schuppen gehabt, das Haar sei ihr auch in gröfseren Partien ausgefallen. Es wuchs etwa 1—2 Zoll in die Länge, spaltete sich dann und brach ab. Gegenwärtig ist das Haar auf der ganzen, dem Aussehen nach normalen Kopfhaut kurz.

Dr. Lustgarten sagt, dafs in dem vorliegenden Falle das Aussehen des Haares an einen ähnlichen Zustand desselben bei Kretinismus und Myxödem erinnere. Das Abbrechen des Haares sei auf irgend eine trophische Störung zurückzuführen. Er möchte versuchsweise den Gebrauch von Thyreoidextrakt vorschlagen.

Dr. Bulkley hat mehrere ähnliche Fälle bei nervösen hysterischen Mädchen gesehen.

Dr. Sherwell meint, das Aussehen der Kopfhaut sei nicht normal. Die Brüchigkeit des Haares sei wahrscheinlich durch die Trockenheit der Kopfhaut hervorgerufen.

Dr. Klotz sagt, die Haut erscheine ihm atrophisch, und das Prominieren der Haarfollikel könne auf der Schrumpfung der umliegenden Gewebe beruhen. Er erachte den Zustand als einen neurotischen.

Dr. Fox stellt ein **junges Mädchen mit Knotensyphiliden an der Nase** vor. Einige Ärzte hätten Lupus diagnosticiert. Möglicherweise liege hier eine Mischinfektion vor. Unter der Behandlung mit Merkurialpflaster sei rapide Besserung eingetreten.

Während Dr. Bulkley und Dr. Jackson den Fall als knotige Syphilis ansehen, spricht sich die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder für Lupus aus.

Dr. Robinson stellt einen **Fall zur Diagnose** vor, den die anwesenden Mitglieder für harten Schanker der Unterlippe ansehen.

Dr. Klotz zeigt einen **Fall von Lichen planus** bei einem 62jährigen Manne. Die Affektion brach vor zwei Monaten aus. Der Fall sei interessant wegen der Ausdehnung und der eigentümlichen Verteilung der Effloreszenzen, ferner wegen der Thatsache, dafs nur sehr wenige Knötchen wirklich das in den Lehrbüchern beschriebene charakteristische Aussehen haben Sie seien vielmehr klein und zugespitzt Die für Lichen planus bevorzugten Stellen seien nicht ergriffen. Die Affektion beschränke sich hier auf den Rücken, Bauch und die Extremitäten.

Dr. Cutler und Dr. Bulkley haben bei der **Behandlung des Lichen planus** sehr bemerkenswerte Resultate von innerlichen Gaben von Chlorkalium und Acidum nitricum dilutum erhalten. Ersterer verordnet gewöhnlich 0,9 Chlorkalium vor und 10 Tropfen von Acidum nitricum dilutum nach den Mahlzeiten, dreimal täglich zu nehmen.

Dr. Robinson stellt einen **Fall zur Diagnose** vor mit einer Affektion, welche vor elf Jahren im Anschlufs an eine Psoriasis zuerst auf der Stirn begonnen, nach und nach den ganzen Körper; auch die Nägel ergriffen habe und geringes Jucken verursache. Die Diagnose schwanke zwischen Psoriasis, Pityriasis rubra und Ekzem. Auch unter den Mitgliedern herrscht bezüglich der Diagnose, ob Psoriasis, Pityriasis rubra oder Dermatitis exfoliativa, keine Übereinstimmung.

Dr. Leviseur zeigt Abbildungen eines Falles von **Mykosis fungoides** und fragt nach dem Werte der Einspritzungen von Erysipeltoxinen bei der Krankheit.

Dr. Lustgarten hat in einem Falle von Mykosis fungoides den Versuch gemacht mit Erysipeltoxinen, war jedoch wegen des geschwächten Zustandes seines Patienten und der beunruhigenden Herzerscheinungen gezwungen, das Mittel auszusetzen. Er glaube aber, dafs es wert sei, weitere therapeutische Versuche mit demselben zu machen.

Dr. Robinson hat manche Erfahrungen mit den Erysipeltoxinen gesammelt.

Soweit es sich um eine günstige Beeinflussung von Epitheliomen handle, sei das Mittel vollständig wertlos. Er habe niemals ein Epitheliom durch diese Behandlungsmethode heilen sehen. In einer Anzahl von Fällen von Sarkom des Unterkiefers hätten starke Toxinlösungen nur einen vorübergehenden Vorteil gehabt. Viele solcher Fälle wurden als gebessert veröffentlicht, während in Wirklichkeit das Endresultat ein schlechtes gewesen ist. *C. Berliner-Aachen.*

Vierundzwanzigste ordentliche Sitzung der Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

Dr. Morton zeigte einen **ungewöhnlichen Fall von Psoriasis** in der Absicht, eine Diskussion betreffs der Therapie anzuregen. Er besprach einige Fälle, welche im Krankenhause teils ausschliefslich mit Arsenik, teils durch externe Applikationen mit Chrysarobin behandelt worden waren. Ein wesentlicher Unterschied betreffs der Resultate bei diesen beiden Methoden war eigentlich nicht nachzuweisen. Dr. Raynor erklärte, dafs er die Salicylsäure dem Chrysarobin vorziehe; er habe ferner gefunden, dafs man aufserdem tonisierende Mittel und Arsenik ebenfalls nötig habe. Dr. Sherwell sagte, die Psoriasiskranken seien in der Regel im übrigen gesund, und die Affektion komme ganz häufig bei gesunden stillenden Frauen vor. Ferner führte er an, dafs dieselbe im Winter heftiger, als im Sommer aufzutreten pflegt. Er mache es sich zur Regel, die Patienten in Bezug auf Rheumatismus auszufragen, sowie über den Genufs von alkoholischen Getränken. Betreffs der Thyreoidbehandlung waren seine Erfahrungen beschränkt, aber seinen geringen Kenntnissen nach und nach den über andere Fälle veröffentlichten Berichten zu urteilen, habe dieselbe nicht sehr Erhebliches geleistet, wie ihm scheine. Dr. Winfield meinte, der Umstand, dafs die Psoriasis bei gesunden Personen vorkommt, stimme damit überein, dafs die hiermit behandelten Patienten ungefähr ebensoschnell geheilt zu werden schienen, wie diejenigen, welche andere Medikamente erhalten hatten, ein Beweis, dafs die Psoriasis bei jeglicher Behandlung heilen könne. Er habe ebenfalls das Thyreoidextrakt benutzt, habe aber nicht gefunden, dafs es von irgend welchem Nutzen gewesen sei, und wegen der fatalen Vergiftungserscheinungen sei dieses Mittel gewifs zugleich gefährlich und entbehrlich, da uns doch einfachere Mittel zu Gebote stehen, welche ebensoviel leisten. Dr. Muslin (?) meinte, dafs trotz des Wohlbefindens der Psoriasiskranken tonisierende Mittel im Verein mit Arsenik doch von Nutzen seien.

Ein Fall von Tuberkulose der Prostata, mitgeteilt von Dr. Morton. Es handelte sich um einen etwa 58jährigen Mann, welcher seit zehn Jahren an Lungentuberkulose gelitten hatte. Die Komplikation von seiten des Urogenitalapparates hatte seit zwei Jahren oder noch länger bestanden. Der Patient wurde untersucht, in der Absicht, eine permanente Drainage herzustellen, um die intensiven Urinbeschwerden zu beseitigen. Bei der definitiven Untersuchung vor der Ausführung der Cystotomie fand es sich, dafs die Prostata gangränös geworden war, so dafs ein vollständiges Drainieren nach dem Rectum hin Platz gegriffen hatte, und dafs somit die Operation überflüssig geworden war. James McF. Winfield, M. D., Schriftführer.

Fünfundzwanzigste ordentliche Versammlung der Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

Ein Fall von Eccema marginatum, vorgestellt von Dr. H. H. Morton. Bei dem sechs Monate alten Mädchen war einen Monat zuvor ein Ausschlag in der Umgebung der Vulva aufgetreten und hatte sich allmählich nach der Peripherie hin ausgebreitet, so dafs jetzt die Vulva, der Anus, die Innenseite der Oberschenkel und ein grofser Teil des Abdomens ergriffen waren. Die erkrankte Haut zeigte eine hellrote Farbe, war aber nicht prominent oder schuppig, mit Ausnahme der Ränder,

welche allerdings ein wenig erhöht waren und eine scharf markierte Demarkationslinie aufwiesen. In der Mitte der Flecke war die Haut mit Ausnahme einer geringen Rötung glatt und gesund. Ferner finden sich auf dem Rücken und Thorax einige kleine, mit fest adhärenten Schuppen bedeckte, kreisrunde Stellen.

Ferner stelle Dr. MORTON einen Fall vor, den er als **Pityriasis maculata et circinata** diagnosticiert hatte. Es handelte sich um ein 28jähriges Dienstmädchen, bei dem zwei Wochen vor der Inanspruchnahme ärztlicher Hülfe ein kleiner roter Fleck sich auf der rechten Wange gezeigt hatte.

In weniger als 24 Stunden war die ganze Körperoberfläche mit Ausnahme der Hände und Füfse ergriffen. Anfangs waren die Stellen von hellroter Farbe, wurden aber mit der Zeit dunkler; sie waren rundlich von Gestalt, nicht erhaben, und ihre Grenzen waren scharf abgesetzt. Am Abdomen waren die Läsionen gröfser, aber nicht so deutlich entwickelt. Zu keiner Zeit im Verlaufe der Krankheit war über Jucken geklagt worden, und das Abschuppen war nur unbedeutend. Für Syphilis hatten weder die Anamnese, noch irgend welche Symptome einen Anhalt gegeben, und dasselbe ist von den anderen konstitutionellen Krankheiten zu sagen.

JAMES McF. WINFIELD, M. D., Schriftführer.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Remscheid.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Akute Exantheme.

Nachdem bereits früher GUINARD und GELEY die temperaturherabsetzende Wirkung verschiedener Alkaloide und Glykoside (Kokain, Solanin, Helleborin, Spartein) in äufserlicher Applikation nachgewiesen hatten, berichten sie nun über ihre Resultate mit **Sparteineinpinselungen bei akuten Infektionskrankheiten mit Hauteruptionen.** Mit denselben wurden in allen nicht komplicierten Fällen von Scarlatina, Masern, Erysipel, Temperaturherabsetzungen von drei bis fünf Graden erzielt. Beim Erysipel wirkte das Medikament nicht allein auf die Temperatur, sondern verursachte auch einen Stillstand im Fortschreiten des Entzündungsprozesses: Die afficierten Stellen blafsten rasch ab. In einem Falle von Variola wurde das Eintreten der Suppuration verhindert. (*Rép. de Pharm.; Presse méd. belge.* 1895. No. 18.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Statistisches und Klinisches über Scharlach, von BERNHARD HILDEBRAND. (Inaug.-Dissert. Freiburg 1893.) Aus dem ganz interessanten statistischen Bericht möchte ich nur hervorheben, dafs echte Diphtherie in 13 (= 4%) von 378 Scharlachfällen beobachtet wurde, in drei dieser Fälle traten Lähmungserscheinungen in Gaumen und Kehlkopfmuskulatur auf, in sieben mufste die Tracheotomie ausgeführt werden. Einmal trat im Gefolge des Scharlach Purpura haemorrhagica mit Hautgangrän auf. Der Beginn der Nephritis fiel achtmal in die zweite, 27 Mal in die dritte, 13 Mal in die vierte, einmal in die siebente Woche. Die Inkubationszeit konnte in zehn Fällen festgestellt werden, sie dauerte einmal 12, dreimal 18, viermal 24, zweimal 36 Stunden. Die Therapie bestand in Bädern von 22—28°, chlorsaurem und übermangansaurem Kalium bei Angina, Sulfur praecipitatus bei Diphtherie. Nach Beginn der Abschuppung wurden Bäder, Resorcinseife angewendet. Die Behandlung der Komplikationen war die übliche. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Scharlach mit hoher fieberhafter Temperatur, mit heftigen Delirien verbunden; Besserung durch Guajakol, von Fr. E. Peckham. (*Boston. med. and. surg. Journ.* 24. Mai 1894.) Ein Kind erkrankte an Scharlach mit heftigem Fieber und sehr starken Delirien, die durch Bäder gar nicht beeinflufst wurden. Besserung trat ein auf Temperaturabfall nach Einreibung von 15 Tropfen Guajakol.

F. Hahn-Bremen.

Loss berichtet (*Gaz. d'hôpit.* 1894. No. 78) über einen Fall von **Scarlatina** (Kind) mit einer Erhöhung der Rektaltemperatur bis 44° C. Rascher Tod unter Erscheinungen wie beim Hitzschlag in tropischen Gegenden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die schwereren Formen des Scharlachfiebers mit besonderer Berücksichtigung der antipyretischen Behandlungsmethode, von John H. Carslaw. (*Glasgow med. Journ.* 1894. No. 1 u. 2.) Unter schwereren Formen versteht Verfasser solche, die entweder mit starker Angina, bezw. geschwürigen Prozessen im Nasenrachenraum kompliciert sind, oder solche mit schweren „nervösen" Erscheinungen (Erbrechen, Kollaps etc.).

Was die Behandlung anbelangt, so hat er von diaphoretischen und antipyretischen Mitteln, innerlich gereicht, wenig Erfolg gesehen. Eine Wasserbehandlung ist meist ebenfalls unnötig, wirkt aber häufig, z. B. als laue Waschungen, beruhigend. Senfbäder wirken im Anfang oft gut, bei vorwiegend nervösen Symptomen. Bei hohem Fieber, besonders wenn der Ausschlag heraus ist, empfiehlt er kalte Einpackungen, zusammen mit kalten Umschlägen auf den Kopf. Bei diesen kalten Manipulationen mufs man natürlich vorsichtig sein. *F. Hahn-Bremen.*

Rheumatismus bei Scharlach, von Aubrey Hodges. (*The Lancet.* 17. November 1894.) Verfasser sah unter 3026 Fällen von Scharlachfieber in 117 Fällen Gelenkrheumatismus. Meist waren die Fälle leicht, es bestand keine Neigung zur Vereiterung. Im übrigen weist Verfasser auf die grofse Ähnlichkeit zwischen diesem Rheumatismus und dem akuten Gelenkrheumatismus hin, was Verlauf, Erscheinungen, Lieblingssitz, Komplikationen (besonders von seiten des Herzens), Reaktion auf dieselbe Behandlung (Salicylsäure) betrifft. Er hielt sie deshalb mit Wahrscheinlichkeit für identisch. *F. Hahn-Bremen.*

Ein neuer Fall von Scharlachpocken, von Louis Wolberg. (*Arch. f. Kinderheilkde.* Bd. XVII. No. 5, 6, 7.) Ein 6½jähriges, schwächliches Kind erkrankt am 9. Dezember an Scharlach mit Angina follicularis, am 15. Dezember treten am Rücken und im Gesichte kleine Bläschen auf, während die Abschuppung vom Scharlach beginnt. Die Bläschen sind der Beginn einer Variola, welche aber erst am 19. sich durch deutliche Pocken dokumentiert. Die Abtrocknung der Pockenpusteln erfolgte schnell. Die Ansteckung ist wahrscheinlich gleichzeitig durch die Luft erfolgt; der Scharlach hat auf die Pocken einen verzögernden Einfluss ausgeübt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Meningitis bei Scharlachkranken, von S. Z. Bendel. (*Wien. med. Presse.* 1894. No. 28.) Verfasser beobachtete während einer Scharlachepidemie eine auffallend häufig auftretende Meningitis, natürlich von den Meningitiden, die sich an etwaige Otitiden anschliefsen, abgesehen. Diese Meningitis leitete entweder den Scharlach ein, oder sie gesellte sich zu ihm im Stadium floritionis. Im ersteren Falle war die Prognose eine absolut letale, in letzterem waren die Resultate bei behutsamer hydropathischer Behandlung günstigere. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Septikämie bei Scharlach, die verschiedene Gelenke befällt und Nekrose der Clavicula herbeiführt von D. Macartney, (*Glasgow med. and surg. Journ.* April 1894.)

Das sechs Jahre alte Kind machte ein mittelschweres Scharlachfieber durch; während der beginnenden Besserung trat Vereiterung beider Mittelohren auf, dann mit erneutem Temperaturanstieg Schwellungen des rechten Ellenbogen-, Hüft- und grofsen Zehgelenkes, welche abscedierten und incidiert werden mufsten. Zu gleicher Zeit bildeten sich Abscesse in beiden Processus mastoidei und ohne besondere Schwellung trat das sternale Ende der linken Clavicula hervor, durchbohrte die Haut und mufste reseciert werden. Heilung. *F. Hahn-Bremen.*

Scarlatina und scarlatinöse Halsentzündung, ein Beitrag zur Übertragung durch Milch, von Chalmers. (*Glasgow med. Journ.* Februar 1894.) Verfasser beobachtete eine Scharlachepidemie, bei der er die Quelle der Ansteckung feststellen konnte. Sämtliche Familien, deren Mitglieder erkrankten, bezogen ihre Milch von zwei bestimmten Bauernhöfen; als man dort Nachforschungen anstellte, fand man, dafs eine ganze Reihe der daselbst beschäftigten Milchmädchen und Jungen an leichtem Scharlach oder Halsentzündung litten. *F. Hahn-Bremen.*

Zur prophylaktischen Behandlung der Scarlatina, von Tynell. (*Occid. med. times.* März 1895.) Verfasser hatte mehrere Mitglieder einer Familie zu behandeln, die an Scarlatina erkrankt waren. Der Verlauf der Affektion war bei den einzelnen ein sehr verschiedener, indem er bei einigen ganz normal war, bei anderen sich mit rheumatischen Symptomen (Gliederschmerzen, Endocarditis, Pericarditis etc.) komplicierte. Verfasser glaubt nun, dafs sich bei den letzteren die Scarlatina auf einem prädisponierten Boden entwickelt habe, und weist auf die Notwendigkeit hin, die Krankengeschichte der Familie bei Zeiten zu erforschen um dem Grundleiden (Gicht, Rheumatismus etc.) wirksam entgegentreten zu können.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Quioc-Dijon empfiehlt eine **Behandlung der Scarlatina mit Salol und Milchdiät.** Sämtliche Patienten heilten ohne Komplikationen. Das Salol wurde in Dosen von 0,5 bis 2,0 pro die (je nach dem Alter der Patienten) dargereicht. Aufserdem Gurgelwässer von Citronensaft und Karbollösungen. (*Lyon méd.* 1895. No. 10.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Unterschiede zwischen epidemischer Roseola (Röteln) und Masern und Scharlach, von Cl. Dukes. (*Lancet.* 31. März 1894.) Verfasser stellt die Röteln als eine Krankheit sui generis auf, die allerdings unter verschiedenen Typen auftreten kann, welche bald mehr dem Masern, bald mehr dem Scharlachfieber ähneln; er führt die charakteristischen Punkte auf, nach welchen man die Diagnose stellen kann.

F. Hahn-Bremen.

Eine Masern- und Rötelnepidemie, von Claus. (*Jahrb. f. Kinderheilkde.* XXXVIII. 1.) Von den bei einer Masern- und Rötelnepidemie gemachten Beobachtungen sei zunächst hervorgehoben, dafs für Masern die Zeit von der Infektion bis zum Ausbruch des Exanthems 13—15, selten 16—19 Tage betrug. Das Prodromalstadium nahm nur 2—3 Tage in Anspruch. Betreffs der Röteln stellt der Verfasser folgendes fest:

Die Röteln sind eine selbständige Krankheit.

Die Kontagiosität ist geringer als bei Masern.

Die Inkubation scheint zwischen 2—3 Wochen zu schwanken.

Der Verlauf ist ein leichter, das Exanthem befällt nicht den ganzen Körper gleichzeitig.

Angina ist stets vorhanden, zeigt nichts Spezifisches.

Conjunctivitis ist häufig, katarrhalische Affektion der Luftwege, wenn auch mäfsigen Grades, stets vorhanden.

Die Zunge ist fast stets am ersten Tage trocken und stark belegt.

Nachkrankheiten sind nicht beobachtet.

Das Exanthem zeigte bei Vorherrschen des kleinfleckigen Typus grofse Verschiedenheiten, ähnelte bald mehr dem Masern-, bald mehr dem Scharlachexanthem, so dafs in einzelnen Fällen die Diagnose oft sehr schwierig werden kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Diagnose der „Röteln", von Donkin. (*Lancet.* 19. Mai 1894.) Verfasser will nicht bestreiten, dafs möglicherweise eine eigene Krankheit „Rubeola" existiert, rät aber, mit der Diagnose vorsichtig zu sein und dieselbe niemals früh zu stellen, zumal die Ansichten der Autoren über die Charakteristica der fraglichen Krankheit weit auseinandergehen. In dubio rät er zur vorsichtigen Isolierung der erkrankten Kinder.

F. Hahn-Bremen.

Bolognini giebt (*La Pediatria.* 1895. No. 4) ein **frühzeitiges Erkennungszeichen der Masern** an, das er in 200 Fällen dieser Affektion stets gefunden hat. Dasselbe besteht in einem peritonealen Reiben, das bei vollständig entspannten Bauchdecken durch die Palpation wahrgenommen wird. B. glaubt, dafs das Phänomen auf dem Vorhandensein eines intraperitonealen, dem Exanthem der äufseren Haut vorausgehenden Exanthems beruht. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Vermeidung schwerer Komplikationen (Bronchopneumonie, Otitis) bei der sonst sehr gutartigen Affektion empfiehlt Siredey bei **Morbillen** eine Reihe prophylaktischer Mafsnahmen: Nasen-, Mund-, Rachenausspülungen (Borsäure 1%, Kalium permanganicum 1:5000, Thymol-Karbollösung, Naphtol); laue Bäder, Abwaschungen von Gesicht, Händen, Vulva mit antiseptischen Flüssigkeiten. (*Sem. méd.* 1894. No. 48.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Anomalien und Komplikationen von Masern, von Ch. Fiesinger. (*Gaz. méd. de Paris.* 1894. No. 19.) Verfasser verfügt über ein Material von 800 Fällen, in welchen das Kontagium stets ein direktes war; nur einmal war dies nicht der Fall, indem das während der Familienepidemie geborene Kind erst vier Monate nach vollständigem Erlöschen derselben die Krankheit acquirierte, nachdem man es in ein Stück Watte gewickelt hatte, welches früher den masernkranken Geschwistern gedient hatte und sorgfältig aufbewahrt worden war.

Die Dentition spielte bei der Prognose gar keine Rolle.

Ausnahmsweise sah F. das Exanthem zuerst am Leibe auftreten.

Als Vorläufer des Exanthems wurde bei vier Kindern ein Urticariaausschlag beobachtet.

Bei zwei Kindern fiel beim Auftreten des Exanthems die Temperatur zur Norm herab, statt wie gewöhnlich zu steigen.

Öfters wurden Hämorrhagien (Epistaxis, Hämoptoe, Hämaturesis) notiert.

Als Komplikationen von seiten der Respirationsorgane figurieren die Bronchitis, die Bronchitis capillaris und die Bronchopneumonie; die Grenzen zwischen denselben sind schwer zu ziehen und die letzteren öfters wegen Mangels an charakteristischen objektiven Zeichen nicht mit Sicherheit zu diagnosticieren, weshalb die Prognose bei Lungenkomplikationen stets vorsichtig gestellt werden mufs. Sie werden selten beim Beginn der Epidemie beobachtet und meist nur bei dichter Bevölkerung, mangelhaften hygienischen Zuständen oder bereits bestehenden anderweitigen Krankheiten (Tuberkulose) und Schwächezuständen.

Sehr gefährlich können für den Säugling die Darmkomplikationen werden.

Andere Komplikationen und Folgen: Tracheo-bronchiale Drüsenaffektionen, Meningitis tuberculosa, Tuberkulose, Ohren- und Augenaffektionen (Kerato-Conjunctivitis, Ulcus corneae), Lähmungen, Nephritis.

Ferner erwähnt F. einen typischen Fall eines Recidivs: Zwei Jahre altes Kind, erkrankt an typischen Masern, heilt nach elf Tagen und erkrankt von neuem am folgenden Tage; definitive Heilung nach ferneren 14 Tagen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

An der Hand von 13 Fällen erwähnen Audéoud und Jaccart eine Reihe von **respiratorischen** (Pseudocroup, Bronchopneumonie, Dyspnoe) **und nervösen** (Polyurie und Retentio urinae, Delirium tremens, andere Delirien) **Komplikationen der Röteln.** (*Rev. méd. d. l. Suisse rom.* 1894. No. 1.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Periphere Neuritis nach Masern, von Monro. (*The Lancet.* 14. April 1894.) Die kräftige, gesunde Patientin erkrankte während einer Masernepidemie leicht an dieser Krankheit; bald nach ihrer Herstellung begann sie wieder leichte Hausarbeit zu machen, und nun traten Schmerzen in beiden Armen auf, besonders in den Händen, die besonders während der Nacht und bei der Arbeit sich verschlimmerten; vier Wochen später machte sie Influenza durch; wieder war eine Epidemie vorhanden, und die eben gebesserte Neuritis verschlimmerte sich wieder, um erst nach acht Wochen ganz zu verschwinden. Multiple Neuritis nach Masern ist sehr selten.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von malignen Masern, von Wilson. (*The med. News.* 21. Juli 1894.) In einer Familie erkrankten 3 Kinder und die Mutter an Masern; die Fälle verliefen günstig, obwohl sie schwer, einer auch hämorrhagisch war; als alle in der Besserung waren, erkrankte der Vater mit starkem Fieber, Ausbruch von Petechien, Kollaps; er wurde bald komatös und starb am fünften Tage. Verfasser hält den Fall für schwer hämorrhagische Masern und bespricht die Differentialdiagnose gegen Typhus, Pocken, Purpura und Cerebrospinalmeningitis. *F. Hahn-Bremen.*

Variola, von Webber. (*Bost. Med. and Surg. Journ.* 10. und 17. Mai 1894.) Verfasser schildert eingehend 17 Fälle, die er im Jahre 1869/70 im Bostoner Pocken-Hospital beobachtete und behandelte. Er unterscheidet in bekannter Weise zwischen Variola und Variolois und bespricht an der Hand der bei diesen Fällen gemachten Erfahrungen, Verlauf, Prognose, Komplikationen, Beziehung zur Impfung etc.

F. Hahn-Bremen.

Grandhomme referiert **über eine Pockenepidemie des Jahres 1893 zu Frankfurt a. M. und Umgebung.** (*Vierteljahrschr. f gerichtl. Med.* 1894. No. 2.) Die fünf Todesfälle (von 15 Erkrankungen) beziehen sich auf ein ungeimpftes Kind und vier nichtrevaccinierte Erwachsene. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Bemerkungen und Fragen bei Pocken, von Poster. (*The Brit. med. Journ.* 27. Januar 1894.) Verfasser plädiert für Zwangsimpfung und Wiederimpfung.

F. Hahn-Bremen.

Die Luftübertragung der Variola von Hospitälern aus, von Mc. Vail. (*The Lancet.* 3. Februar 1894.) Die praktischen Folgerungen, die Verfasser aus seinen langen Erörterungen zieht, sind die, dafs eine Luftübertragung möglich ist, und dafs man daher Pockenhäuser nicht in die Nähe menschlicher Wohnungen bauen soll, eine Forderung, die wohl allgemein erfüllt wird. *F. Hahn-Bremen.*

Über dasselbe Thema hielt Evans (*The Brit. med. Journ.* 18. August 1894) in der Brit. med. Association einen Vortrag; er kommt zu denselben Schlüssen und betont besonders die Rolle, die der Wind spielt, indem dieser die Infektionskeime mit sich fortträgt. Im Anschlusse daran teilt Priestley seine Erfahrungen aus der Pockenepidemie zu Leicester mit; die Einwohnerschaft ist etwa zur Hälfte geimpft.

Die Erfahrungen sprechen ebenfalls für konsequente allgemein durchzuführende Impfung. *F. Hahn-Bremen.*

Die Sporozoen von Variola und Vaccine, von Jackson Clarke. (*The Lancet.* 19. Januar 1895.) Verfasser fand in der Cornea von Kaninchen, die er nach einer Verletzung mit Lymphe imprägnierte, eine Zelleinwanderung mit eigentümlichen Körperchen, die er als Sporozoen ansieht. *F. Hahn-Bremen.*

Einige Beobachtungen über die Morphologie der Sporozoa von Variola, sowie über die Pathologie der Syphilis, von J. Jackson Clarke. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasit.* 9. Otober 1895.) Verfasser nimmt die Entstehung der Variola durch Sporozoen als sicher an, und schildert seine Beobachtungen an denselben. Sodann berichtet er über die ähnlichen Körper, welche er auf der eiternden Oberfläche syphilitischer Läsionen gefunden hat. Er hat auch Material von einem eiternden Ulcus durum in die Cornea eines Meerschweinchens geimpft und dieses nach 72 Stunden getödtet und die Cornea untersucht. Zu bestimmten Resultaten ist er noch nicht gekommen, fand aber eigentümliche Körper intranukleär und adnukleär gelegen, ohne aber Sporenbildung oder Keime in ihnen feststellen zu können. Zeichnungen sind der Arbeit beigelegt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

An der Hand von statistischen Zusammenstellungen konstatiert Martin (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1894. No. 37) die günstigen Erfolge der **administrativen Prophylaxe der Variola in Paris im Jahre 1893/94.** (Anzeigepflicht, Desinfektion.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Der Pockenbericht aus elf englischen Städten (*The Brit. med. Journ.* 21. April 1894) im Jahre 1892/93 zeigt zur Evidenz die grofsen Vorteile der Impfung. *F. Hahn-Bremen.*

Der Pockenbericht aus Welsall (*The Brit. med. Journ.* 12. Mai 1894) zeigt deutlich den guten Einfluſs der Impfung. *F. Hahn-Bremen.*

Der Bericht über Pocken und Impfung in Leicester (*The Brit. med. Journ.* 5. Mai 1894) von Priestley zeigt zur Evidenz die segensreiche Wirkung der Impfung, was gerade in jener Gegend wichtig ist, da Leicester in England als der Hauptsitz der Impfgegner zu bezeichnen ist. *F. Hahn-Bremen.*

Auch der Pockenbericht aus Bradford (*The Brit. med. Journ.* 19. Mai 1894) zeigt in erfreulicher Weise den vortrefflichen Einfluſs, den die Impfung auf die Pockenepidemien ausübt. *F. Hahn-Bremen.*

Ausbruch von Pocken, von Thresh. (*The Lancet.* 18. August 1894.) Ein alter Mann erkrankte und starb unter der Diagnose Purpura haemorrhagica; es handelte sich aber um Pocken, wie der Ausgang zeigte; sämtliche Leute nämlich, die mit ihm in Berührung gekommen waren, erkrankten an Pocken, mit Ausnahme von dreien: einer alten Frau und zwei Leuten, welche revacciniert waren. *F. Hahn-Bremen.*

Eine persönliche Erfahrung mit Pocken, von Warren White. (*Bost. med. and Surg. Journ.* 25. Januar 1894.) Enthält eine recht lebhafte und anschauliche Schilderung der Erkrankung des Verfassers an Variola, mit der er sich in Paris inficierte und die er im Londoner Pockenhospital durchmachte. *F. Hahn-Bremen.*

Eine Variolaepidemie, Vaccination und Revaccination, von Snell (*Brit. med. Journ.* 19. Mai 1894.) Verfasser hat eine kleine Variolaepidemie beobachtet; seine Erfahrungen sprechen zu Gunsten der Impfung und Wiederimpfung, da der

Impfschutz nach Jahren erlischt; der erste Erkrankungsfall wurde zunächst wegen der Prodromalsymptome für Influenza gehalten, die gerade epidemisch herrschte; interessant ist, dafs eine im achten Monat schwangere Frau die Pocken durchmachte ohne zu abortieren; 15 Tage nach der Geburt erkrankte das Kind an Pocken.

F. Hahn-Bremen.

Pocken in einer Bettlerherberge, von Dunlop. (*Lancet.* 14. Juli 1894.) Die Mitteilung, welche unter obigem Titel allerlei Interessantes und Merkwürdiges über die Lebensgewohnheiten der Londoner Bettler bringt, konstatiert, dafs unter 4000 Untersuchten im Laufe von sieben Monaten sich nur drei Fälle von Pocken fanden.

F. Hahn-Bremen.

Pockenquarantäne und Isolierung in Leicester 1892/93, von Priestley. (*Brit. med. Journ.* 12. Mai 1894.) Verfasser hält es für unmöglich, alle Angehörigen inficierter Häuser während einer Epidemie im Hospital zu isolieren, und sonderte sie deshalb mit gutem Erfolge in ihren eigenen Häusern ab. Hätten alle diese Leute sich rechtzeitig impfen lassen, so würde die Epidemie noch viel geringer geblieben sein. Im übrigen müssen die Pockenhäuser weit von den Wohnungen liegen, da sich rund um die Hospitäler stets eine Anhäufung von Pockenfällen bemerkbar macht (Übertragung durch die Luft.)

F. Hahn-Bremen.

Ein Pockenfall und seine Lehren, von Moore. (*Med. Journ.* Dezbr. 1894.) Verfasser beobachtete bei einem Kollegen einen Pockenfall und behandelte denselben mit gutem Erfolge unter rotem Licht; der Artikel enthält aufserdem eine Zusammenstellung dessen, was bisher über diese Behandlungsmethode bekannt geworden ist, und lobt die guten Erfolge.

F. Hahn-Bremen.

Plicque empfiehlt folgende **Behandlungsweise der Variola.** Bei Fällen mittlerer Intensität bilden die hygienischen Mafsnahmen die Hauptindikation: geräumige, gut gelüftete und von der Sonne beleuchtete Zimmer mit einer Temperatur von 18—19° C. im Beginne und von 16° später. Milchdiät, eventuell entfettete Fleischbrühe, frische Eier. Gegen den Durst häufige Mundausspülungen mit alkalischen Wässern (Vichy etc.), Orangensaft, Traubenbeeren. Darmantisepsis mittelst Klystieren und inneren Medikamenten (Bismuthum salicylicum und Naphtol). Nur ganz profuse Diarrhoen bedürfen einer Behandlung. Bei Ausbruch des Exanthems peinliche Antisepsis: häufige Waschungen mit Borwasser; für die Pusteln: Salicylsäurevaselin, darüber Watte und Verband bei Konfluenz der Efflorescenzen. Für die afficierte Conjunctiva: Abspülungen mit Borsäure- eventuell mit Sublimatlösungen, rote Hg-Präcipitatsalbe, Nasen- und Mundhöhlenausspülungen. Innerlich: Liquor ferri sesquichlorati (20 Tropfen pro die in Grog) für die leichteren, Äther-Opium-Medikation (nach Ducastel) für die schwereren Fälle; der Äther wird dabei nicht innerlich verabreicht, sondern täglich, eventuell mehrmals subkutan injiciert.

Komplicierte Variola. Reicht die Äther-Opium-Therapie nicht aus, so werden kalte (20° C.) Bäder täglich (unter Umständen mehrmals) mit nachfolgender Wärmezufuhr verordnet, Alkoholica. Bei hämorrhagischer Variola Ätherinjektionen, Alkohol, China, Sauerstoffinhalationen, Citronensaft, Schwefelsäurelimonaden. Sorgfältige Beaufsichtigung der Herzthätigkeit (Faradisation, Revulsiva). Bei Lungenkomplikationen trockene Schröpfköpfe, kalte Bäder, Alkohol. Nach Landouzy disponiert Variola während mehrerer Jahre zu tuberkulöser Infektion. (*Gaz. méd. de Paris.* 1894. No. 4.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Behandlung der Pocken mit Ausschlufs der chemischen Strahlen des Sonnenlichtes, von Moir. (*Lancet.* 29. September 1894.) Verfasser wendet sich gegen

Feilbergs Veröffentlichung und verlangt auf Grund seiner Erfahrungen bei der Behandlung Pockenkranker Licht, möglichst viel Licht. *F. Hahn-Bremen.*

Behandlung der Variola durch Absperrung der chemischen Strahlen des Tageslichtes, von Hogner. (*Bost. med. and surg. Journ.* 11. Januar 1894.) Der Artikel enthält ein Referat über die Arbeiten, welche sich mit den Wirkungen der ultravioletten Strahlen auf die menschliche Haut beschäftigen, und über die Versuche, welche mit der Behandlung der Pocken im roten Raume angestellt wurden, sowie deren Erfolge. *F. Hahn-Bremen.*

In seinen Untersuchungen über die **hereditäre Übertragbarkeit der Immunität gegenüber Vaccine** kommt Lop zum Schlusse, dafs eine solche in 70% der Fälle vorkommt. Bezüglich der Identität des Variola- und Vaccinevirus reiht sich Verfasser der Ansicht von Thiele, Ceely, Fischer, Voigt, Haccius an, welche die Frage in positivem Sinne beantworten. (*Gaz. des Hôpitaux.* 1894. No. 12.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Untersuchungen über Vaccine und Variola, von Ruffer und Plimmer. (*Brit. med. Journ.* 30. Juni 1894.) Verfasser haben in Variolapusteln, sowie in Vaccinepusteln von Menschen, Kühen, Affen und Ratten Körperchen gefunden, die sie als Protozoen ansehen, und die sie durch eine spezifische Färbung darstellen konnten. Sie zeigen in frischem Zustande amöboide Bewegungen, sind viermal so grofs, wie ein Staphylococcus, und liegen in den Epithelzellen in Vakuolen.

F. Hahn-Bremen.

In ihren **experimentellen Untersuchungen über die Identität der Variola und Vaccine** kamen Juhel-Rénoy und Dupuy zu folgenden Resultaten:

1. Die Variola ist auf das Rindvieh, jedoch nicht in allen Fällen, inokulierbar.

2. Bei mit Erfolg geblatterten Rindern schlägt die Vaccine nicht an, wohl aber, wenn sie ohne Erfolg geblattert oder zu rasch nach überstandenen Blattern geimpft wurden.

3. Die Rinderblattern treten als ein spezifisches, übrigens nicht konstantes Papelexanthem in die Erscheinung und sind in keiner Weise vergleichbar mit Vaccinepusteln.

4. Die auf dem Rinde kultivierte Variola erlischt nach der ersten oder zweiten Generation.

5. Das Alter des Tieres, sowie das Alter und die Virulenz des inokulierten Virus, der Inokulationsmodus, die verschiedenen Wege, auf denen das Gift eingeführt wurde, haben keinen Einfluſs auf die Umgestaltung der Variola in Vaccine durch den Organismus des Rindes.

6. Die Identität der Variola und Vaccine ist noch nicht erwiesen.

(*Arch. de méd. expér. et d'anat.-path.* 1894. No. 3.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

In der British medical Association fand eine Diskussion über die **Pathologie der Vaccine** statt. (*Brit. med. Journ.* 22. September 1894.) Die allgemeine Ansicht ging dahin, dafs Variola und Vaccine identisch seien, dafs letztere ein durch das Passieren des Tierkörpers abgeschwächtes Virus darstelle. In diesem Sinne sprachen Copemann, Voigt-Hamburg etc. und teilten ihre diesbezüglichen Experimente und Erfahrungen mit. Copemann und Klein sehen einen Bacillus, den sie gefunden haben, als Infektionsträger an. *F. Hahn-Bremen.*

Weiteres über das von mir beschriebene Gebilde aus Vaccinelymphe, von Buttersack. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 12.) Verfasser verwahrt sich dagegen, als ob er die von ihm in Vaccinelymphe gefundenen Fäden und Kügelchen

mit Sicherheit als den belebten Vaccinekeim angesprochen hätte. Ähnliche Gebilde sind in verschiedenen tierischen Flüssigkeiten gefunden. Das stärkere Brechungsvermögen und die Unfärbbarkeit zeichnet allerdings die Vaccinefäden aus. Die von ihm beschriebenen, als Übergangsformen gedeuteten Gebilde sind bisher aber nirgends in anderen Flüssigkeiten gefunden worden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Steht die Impfung mit animaler Lymphe in Übereinstimmung mit den heutigen wissenschaftlichen Lehren? von JAY. (*The med. and surg. Reporter.* 15. September 1894.) Verfasser kommt auf Grund der Geschichte der Schutzpockenimpfung und auf Grund der Ansicht und Untersuchungen der Autoren zu dem Schlufs, dafs Impfung mit animaler Lymphe, die sorgfältig dargestellt und rein sein mufs, nicht mit Gefahren verbunden ist und einen sicheren Schutz gegen die Pocken verleiht. *F. Hahn-Bremen.*

Das Kontagium der Vaccine und der Pocken. (*Bost. med. and surg. Journ.* Bd. 130. No. 6.) Der Bericht enthält ein Referat der Untersuchungen BUTTERSACKS. *F. Hahn-Bremen.*

In der Sitzung der Académie de médecine vom 22. Mai 1894 behandelten CHARPENTIER und HERVIEUX die Frage von der **Virulenz der animalen Lymphe,** speziell, ob die mit Glycerin in besonderer Weise verarbeitete, 40—60 Tage alte Pulpa oder aber die ganz frische, direkt vom Rinde auf die zu impfenden Kinder übertragene Lymphe vorzuziehen sei. Die erstere Methode wurde vornehmlich von MENARD und CHAMBON prakticiert und empfohlen, besonders aber bei Tieren. Diese Autoren hatten nämlich die Beobachtung gemacht, dafs der von veränderten, nicht typisch aussehenden Pusteln herrührende Impfstoff pyogene Mikroorganismen enthielt. Wurde aber dieser Impfstoff mit Glycerin behandelt und erst nach 1½—2 Monaten verwendet, so waren keine lebenden Eitererreger mehr nachzuweisen. Im übrigen aber sind sie der Ansicht, dafs die Lymphe in ganz frischem Zustande ihr Maximum der Virulenz entfalte. In der Diskussion befürwortet HERVIEUX denn auch die ausschliefsliche Benutzung ganz frischen Impfstoffes. (*Bull. d. l'Acad.* 1894. No. 21.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

In einer Mitteilung **über die Virulenz der animalen Kuhpockenlymphe** zieht HERVIEUX (*Bull. de l'Acad.* 3. Ser. XXXI. 20) folgende Schlüsse:

1. Die Virulenz der animalen Lymphe giebt sich durch allgemeine und lokale Erscheinungen zu erkennen, deren Intensität vom Alter, der Entwickelung, des Gesundheitszustandes des betreffenden Tieres, sowie vom Sitze und der Anzahl der Skarifikationen abhängt.

2. Die frische Lymphe eignet sich am besten zur Inokulation junger Rinder.

3. Die frische Lymphe ist dabei einer Mischung von Lymphe und Pulpa, trotz der höheren Virulenz dieser letzteren, vorzuziehen.

4. Alte defibrinierte Lymphe ist unbrauchbar wegen der progressiven Abnahme ihrer Virulenz und wegen der Eiterungen, zu denen sie führen kann.

5. Die mit Glycerin zubereitete Pulpa kann, wenn einmal durch die Ablagerung gereinigt, zur Inokulation junger Tiere verwendet werden, doch darf nicht behauptet werden, dafs sie stets die reinste Vaccine erzeugt.

6. Die eingetrocknete Pulpa ist unbrauchbar.

7. Die Impfungen beim Menschen werden gewöhnlich mit Lymphe vorgenommen, welche direkt dem Euter entnommen worden, oder aber mit Glycerin-Pulpa. Die Meinungsverschiedenheiten der Autoren über den Wert dieser beiden Methoden rühren von den verschiedenen Bedingungen her, unter denen dieselben vorgenommen wurden.

8. Der Wert der im animalen Impfstoffe vorgefundenen Mikroorganismen ist zweifelhaft, da dessen Virulenz nach dem Verschwinden der letzteren fortbesteht.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die schützende Kraft der Impfung, von Baker. (*The med. and surg. Reporter.* 14. Juli 1894.) Ein schwungvoller Artikel zu Gunsten der Impfung.

F. Hahn-Bremen.

Die schützende Kraft der Impfung, von John H. Maccollom. (*Bost. med. and surg. Journ.* 6. September 1894.) Auf Grund der ersten Berichte und der Statistiken der verschiedenen Länder tritt Verfasser warm für Zwangsimpfung ein, indem er zugleich nachweist, dafs die Gefahren der Impfung nicht bedeutend sind.

F. Hahn-Bremen.

Ein Bericht über die Wirksamkeit der Impfung beim Pockenausbruch in Marylebone, von Greenwood. (*Brit. med. Journ.* 27. Oktober 1894.) Der Artikel zeigt, wie viele andere ähnlichen Genres, die gute Wirksamkeit der allgemein durchgeführten Impfung bei Pockenausbrüchen. *F. Hahn-Bremen.*

Crookshank hatte in einem **Bericht vor der königl. Vaccinekommission** sich gegen Schutzimpfung, für Isolation und internationale Mafsregeln ausgesprochen. Dies Auftreten führte zu einer lebhaften Kontroverse, die im *Brit. med. Journ.* 15. September 1894, ausführlich mitgeteilt wird. *F. Hahn-Bremen.*

G. E. Yarrow (*The Lancet.* 19. Mai 1894) schlägt vor, um die Impfung in England populärer und wirksamer zu machen, eine **Prämie** von 2 sh. 6 d. für jedes Certifikat, welches **eine erfolgreiche Impfung** bescheinigt, zu zahlen und jedem registrierten Arzte die Impfung zu gestatten. *F. Hahn-Bremen.*

Im *Bull. de l'Academ. de Méd.* No. 23 (Séance du 5. Juin 1894) ist ein Bericht von Hervieux an den Minister des Innern enthalten über die Versuche, durch die Institutsvorsteher und Vorsteherinnen die **Impfung in den Schulen** einzuführen, bezw. auszubreiten. Manche Vorsteher hatten sich sehr willig gezeigt und teilweise aus eigenen Mitteln die Kosten der Impfungen getragen, andere dagegen waren höchst indifferent gewesen, und in einzelnen Departements hatten so gut wie gar keine Impfungen stattgefunden. Der Bericht beleuchtet ferner die Vorteile, die eine verallgemeinerte Einführung der Impfung gerade in den Schulen bringen würde, und bespricht die Hindernisse, die sich derselben entgegenstellen, sowie Vorschläge zur Beseitigung derselben. *F. Hahn-Bremen.*

Sapelier berichtet (*Bull. de thérap.* 15. Februar 1894) über seine Erfolge mit der **Kratzmethode bei der Schutzpockenimpfung** gegenüber den allgemein üblichen Skarifikationen. Die positiven Resultate bei den Wiederimpfungen haben sich dabei in erstaunlicher Weise vermehrt, und wo die neue Methode reaktionslos blieb, hatten auch stets die gleichzeitig vorgenommenen Skarifikationen keinen Erfolg, so dafs das negative Resultat auf individuelle Immunität zurückgeführt werden konnte.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ravinesque und Raymond (*Bull. de thérap.* Februar 1894) treten auf Grund zahlreicher Beobachtungen und Vergleichungen für die **Kratzmethode bei der Kuhpockenimpfung** gegenüber der gewöhnlichen Procedur der Epidermalincisionen ein. Sie besteht darin, dafs die Epidermis mit der Schneide der Lanzette, welche etwas Impfstoff trägt, oberflächlich in einer Ausdehnung von einigen Quadratmillimetern abgekratzt wird; auf die von punktförmigen Hämorrhagien durchsetzte Fläche wird der Impfstoff gestrichen. Die Methode weist viel mehr positive Resultate auf als die anderen und eignet sich deshalb vorzüglich bei Revaccinationen. Andererseits aber

zeigt sie den Nachteil, dafs sie mehr Zeit erfordert und hie und da zu etwas leicht sichtbaren Narben führt, was natürlich nur für weibliche Individuen von Bedeutung werden kann. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Vaccine, von ALEXANDER. (*The Med. Report.* 17. Februar 1894.) Der Artikel enthält eine Zusammenstellung über alles auf Impfschutz, Impfung, Impfgefahren etc. Bezügliche. *F. Hahn-Bremen.*

Vaccination. (*Medizinische Mitteilungen der Medizinischen Gesellschaft von Massachusetts.* 12. Juni 1894.) Der Artikel bietet nichts neues; enthält eine Zusammenstellung über die schützende Kraft der Impfung, in historisch-geographisch her Einteilung, über die Technik der Vaccination und über die verschiedenen Methoden der Lymphe-Darstellung und Aufbewahrung. *F. Hahn-Bremen.*

Vermeidbare Unfälle und wichtige Vorsichtsmafsregeln bei der Impfung. (*Boston med. and surg. Journ.* 1894. Bd. 130. No. 4.) Der Artikel enthält eine Reihe von Vorschlägen an die Ärzte betreffend Beschaffenheit der Lymphe, Asepsis bei der Impfung, Nachbehandlung etc., die wohl für amerikanische Verhältnisse beachtenswert, sich für uns aber vollkommen von selbst verstehen. *F. Hahn-Bremen.*

In einer Mitteilung an die Akademie **über einige Punkte betreffend die Praxis der animalen Impfung** berichtet LAYET:

1. Über den ursprünglichen Charakter der Pferdepocken-Eruption. In einem Stalle erkrankten zwei Stuten an Pferdepocken (papulöses Exanthem der Haut, vesiculo-papulöse Eruption an Maul- und Naseneingang). Inokulation von Material aus den Efflorescenzen auf Rinder, welche nach vier Tagen ein typisches Exanthem (Kuhpocken) aufwiesen. Von diesen wurde wiederum auf die inzwischen geheilten Stuten, sowie auf ein drittes Kontrollpferd inokuliert; erstere zwei blieben immun, während das letztere eine charakteristische Pferdepocken-Eruption zeigte.

2. Über die Notwendigkeit häufiger Wiederimpfungen, wobei sich Verfasser auf statistische Zusammenstellungen stützt.

3. Über die aseptische Bereitungsweise der Impfpulpa, wie dieselbe in Bordeaux vorgenommen wird. (*Bull. de l'Acad.* 1894. No. 24.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Frage betreffend Wiederimpfung, von RAYMOND. (*Bull. de Thérap.* 1894. No. 48.) Aus der vom Verfasser aufgestellten Statistik folgt:

1. Dafs erfolglos geimpfte kleine Kinder im darauffolgenden Jahre keineswegs immer in derselben negativen Weise gegen die Vaccination reagieren.

2. Die durch die erste Impfung verliehene Immunität dauerte bei 21 Kindern mehr, bei 14 weniger als zehn Jahre.

3. Es lassen sich keine fixe Regeln über die Dauer der Impfungsimmunität aufstellen; bei sehr vielen Kindern war dieselbe bereits nach sechs, bei anderen aber erst nach 13 Jahren aufgehoben.

4. Ein Kind, bei dem die Impfung resultatlos geblieben ist, mufs unter allen Umständen im darauffolgenden Jahre wieder geimpft werden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Tetanus nach Impfung, von TOMS. (*The med. News.* 24. Februar 1894.) Verfasser impfte ein schwächliches, aber gesundes Kind von sechs Jahren unter allen antiseptischen Kautelen. Achtzehn Tage nach der Impfung erkrankte das Kind mit Fieber, die Impfpusteln nahmen ein schlechtes Aussehen an, ulcerierten, es trat Stomatitis aphthosa und Trismus auf. Nach weiteren acht Tagen trat der erste typische Tetanusanfall mit Opistotonus auf, mehrere folgten, und drei Tage später

starb das Kind unter den Erscheinungen des Lungenödems. Tetanusbacillen wurden nicht gefunden.

Verfasser möchte den Fall nicht der Impfung zur Last legen, da erst so spät die Erscheinungen auftraten und keine Bacillen in der Impfwunde gefunden wurden. Er betrachtet die Stomatitis als Eingangspforte und macht die geringe Widerstandsfähigkeit des Kindes für den schlechten Ausgang verantwortlich.

F. Hahn - Bremen.

Tod infolge der Vaccination, von Reginald Farrar. (*Brit. med. Journ.* 13. Oktober 1894.) Verfasser impfte ein zartes, aber sonst gesundes Kind von fünf Monaten unter aseptischen Kautelen mit Kalbslymphe. Die Pusteln gingen gut an; statt aber dann abzuheilen, bedeckten sie sich mit rupiaähnlichen Borken, nach deren Abnahme tiefe Geschwüre bis auf die Muskulatur zu Tage traten; das Kind siechte hin und starb, ohne erkennbare Ursache, wie Verfasser meint, an einer „Lebensschwäche", die durch die Impfung gefördert wurde. Andere Kinder waren mit der gleichen Lymphe ohne Schaden geimpft. *F. Hahn-Bremen.*

Über einen sonderbaren Fall von Vaccine berichten Verneuil und Puttemans. (*Clinique.* 4. April 1895.) Sie konstatierten bei einem 19jährigen Pferdeknecht mit ziemlich stark entwickelter Akne faciei über dem linken Mundwinkel eine Pustel von 2 cm Durchmesser mit zentraler Abflachung, die von einer braunschwarzen Borke bedeckt war und phlyktänöse, gelblich-weifse Ränder aufwies. Die Umgebung war in der Ausdehnung eines Fünffrankenstückes lebhaft gerötet und infiltriert. Linkes Augenlid stark geschwollen; ausgesprochene Infiltration der submentalen Lymphdrüsen.

Es handelte sich um einen Fall von Vaccine mit Infektion vom Pferde, indem sich Patient wahrscheinlich nach dem Umgehen mit dem kranken Pferde eine seiner Aknepusteln gekratzt hatte. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Morel-Lavallée berichtet (*Gaz. des Hôpitaux.* 1894. No. 100) über einen Fall von **Vaccinia ulcerosa, deren Pusteln einen infektiösen Schanker vortäuschten.** Die Lymphe, welche bei der Impfung verwendet wurde, war ganz frisch gewesen und rührte von einem gesunden Rinde her; die Impfung selbst war unter allen aseptischen Kautelen vorgenommen worden. Von den sechs Individuen, welche mit derselben Lymphe geimpft worden waren, bot nur eines die genannten Erscheinungen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von **Roseola-Vaccine** von F. W. van Haeften. (*Geneesk. Tydschr. voor Nederl. Indic.* 1894. No. 34.) Am siebenten Tage nach der Vaccination stellte sich bei einem Impfling um die Pusteln herum eine Rötung von der Gröfse eines Dreimarkstückes ein; am nächsten Tage trat ein masernähnliches Exanthem rein makulösen Charakters auf, das hauptsächlich an den unteren Extremitäten lokalisiert war, ohne Fieber verlief und nach drei Tagen wieder verschwunden war.

Es handelt sich in diesem Falle weder um generalisierte Vaccine, noch um Autoinokulation, sondern um eine der Komplikationen des Vaccineprozesses, die sog. vaccinoiden (Impfungsroseola, Miliaria, Urticaria, Lichen vaccinationis und skarlatineforme) Exantheme. Von diesen kommt die Roseola-Vaccine, zu welcher auch dieser Fall gehört, am meisten vor; es entsteht am dritten Tage auf den Armen um die Vaccinepusteln herum eine Röte, die bald auf das Gesicht übergeht, rein makulös ist, ohne Fieber verläuft und nie die Schleimhaut angreift. Das Auftreten an den unteren Extremitäten ist in unserem Falle abnorm, es kommt aber diese Abweichung in der Verbreitung auch bei anderen Exanthemen vor. Niemeyer beobachtete es bei Masern. Der rote Hof um die Pusteln herum gehört nicht zum Krankheitsprozefs, es ist auch kein Erysipelas, aber eine Erscheinung, die vom Verfasser am siebenten

Tage nach der Impfung mit Kuhpockenlymphe bei kräftigen Pusteln öfters beobachtet wurde und nichts anderes ist, als eine Verbreitung des Entzündungsringes um die Vaccinepustel herum. Ob die Roseola-Vaccine als eine Idiosynkrasie betrachtet werden muſs oder auf Infektion beruht, ist noch unbekannt.

J. Spruijt Landskroon - Amsterdam.

Eine Schutzkappe für Vaccinepusteln, von F. W. VAN HAEFTEN. (*Geneesk. Tydschr. voor Nederl. Indie.* 1894. No. 34.) Verfasser lieſs, in Nachahmung von COWANS Vaccinationshield, eine Kappe anfertigen von folgender Form: ein dünner Metallring wird um den Oberarm gebogen, darüber kommen kreuz- und querweis Metalldrähte, über das Ganze wird Gaze gespannt. Diese Kappe verhindert 1. das Abreiben des Impfstoffes, 2. das Aufkratzen der Pustel mit den Folgen als Autoinokulation u. s. w., 3. Infektion von auſsen, indem sie zugleich bei eventuellen Entzündungszuständen als einfacher Verband dienen kann.

Die Kappe muſs gleich nach der Vaccination angelegt werden und wenigstens zehn Tage liegen bleiben. *J. Spruijt Landskroon-Amsterdam.*

BROCA berichtet über einen Fall von **Streptokokkeninfektion (eiterige Gelenkentzündungen, Endokarditis etc.) nach Varicellen** bei einem kleinen Mädchen, welches von einem kalten Abscesse (Pottsches Übel) mittelst Jodoform-Guajakol-Injektionen geheilt worden war. Exitus letalis. Verfasser knüpft an den Fall folgende Bemerkungen:

1. Alle schweren Komplikationen der Varicellen sind infektiöser Natur und treten am Ende der Affektion, d. h. nach Bildung der Pusteln, auf.

2. Es handelt sich demnach um sekundäre Infektionen, indem der Pusteleiter resorbiert oder durch das Kratzen inokuliert worden ist.

3. Daher sollen Pusteln und Krusten, besonders wenn dieselben konfluieren oder voluminös sind, antiseptisch behandelt und gegen Kratzen etc. geschützt werden. Sublimatbäder sind in solchen Fällen ebenso indiciert wie bei Pocken. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* 1894. No. 35.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Als relativ häufigste **begleitende Eruption bei Varicellen** wurde, wie NISSIM (*Gaz. des Hôp.* 1895. No. 55) mitteilt, die scharlachförmige beobachtet, in Form von breiten, unregelmäſsigen Plaques, welche sich auf Thorax und Abdomen zeigen, hie und da zuerst am Hals auftreten und sich von da über den übrigen Körper ausbreiten. Dieses Erythem, das meist einige Stunden lang dauert, kann dem Varicellenexanthem vorausgehen, oder auch diesem erst nachfolgen; im ersteren Falle können diagnostische Schwierigkeiten eintreten. (*Rif. med.* 1895. No. 120.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von peripherer Lähmung nach Varicellen, von GAY. (*Brit. med. Journ.* 31. März 1894.) Verfasser sah nach mittelschweren Varicellen bei einem kräftigen Kinde von 2½ Jahren eine totale Paralyse beider Unterextremitäten mit Erlöschen sämtlicher Reflexe, die ganz plötzlich über Nacht eintrat, aber nach und nach in völlige Heilung überging. *F. Hahn-Bremen.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Bildung einer WITZELschen Schrägfistel in der Blase bei carcinomatöser Zerstörung der Urethra, von WIESINGER. (*Centralbl. f. Chir.* 1894. No. 22.) Analog der Bildung einer „künstlichen Harnröhre mit Schrägfistel" nach ZWEIFEL hat der Verfasser jüngst einen Fall von Carcinom behandelt, welches die Harnröhre zum gröſsten Teil zerstört und zu einer Öffnung der Blase in der Höhe des Muttermundes

geführt hatte. Zuerst wurden die carcinomatösen Massen nach einem Schnitt durch das hintere Scheidengewölbe und Verlängerung des Schnittes über die äufsere Haut hinaus bis zum After bloſsgelegt und entfernt. Schluſs der Blasenwunde durch Seidennäthe. Sodann wurde ein Schnitt über der Symphyse angelegt, das Peritoneum zurückgedrängt, dicht über der Symphyse die Blase eröffnet, ein Nelatonkatheter eingelegt und über demselben die Blasenwandungen zusammengenäht. Befestigung der Blasenwandung an die Bauchdecken, teilweise Vereinigung der Bauchwunde, Jodoformgazetamponade. Ungestörter Verlauf. Das Verfahren ist also ein extraperitoneales im Gegensatz zum Zweifelschen.

In gleicher Weise hat Verfasser wiederholt bei Prostatahypertrophie mit Cystitis und Retentio urinae die Witzelsche Schrägfistel angelegt, so mit vollem Erfolge bei einem 92jährigen Manne.

Die übrigen Ausführungen beziehen sich auf die Methoden, Carcinome von der Vagina aus zu entfernen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über nervöse Erscheinungen an den weiblichen Genitalien; klinischer Vortrag, von Jacobs. (*La Policlin.* 1894. No. 12.)

1. Pruritus vulvae, herrührend von lokalen (Eccema, Psoriasis, Parasiten) oder allgemeinen (Diabetes, Nervenkrankheiten etc.) Ursachen. Therapie: heifse Abwaschungen mit Karbolsäurelösungen, Pinselungen mit Höllensteinlösung (1 : 20) oder mit frisch bereiteter Jodtinktur. Tägliche Waschungen mit Sublimatlösungen; in der Zwischenzeit Salben mit Karbolsäure, Tampons mit Tanninglycerin oder Chloroformöl. In hartnäckigen Fällen konstanter Strom (20 Milliamp.), event. Abtragung der afficierten Teile (Clitoris, Teile der kleinen und grofsen Labien).

2. Vaginismus. Behandlung des Grundleidens (Neurasthenie, Hysterie, Fissuren etc.)

3. Beckenneuralgien; bei Hysterischen und Neurasthenischen mit oder ohne lokale Läsionen. Die Schmerzen gehen aus vom Uterushals und dem Scheidengewölbe und irradiieren nach den Beinen, den Weichen, der Kreuzgegend, dem Nabel; sie sind konstant oder intermittierend. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Ätiologie und operativen Behandlung der Vulvitis pruriginosa, von Singer. (*Centralbl. f. Gynäkol.* 1894. No. 7.)

Zur Ätiologie und Behandlung des Pruritus vulvae, von Schultze. (*Centralbl. f. Gynäkol.* 1894. No. 12.)

1. Nach Singer ist jeder Pruritus vulvae eine entzündliche Neurose, eine Dermato-Neuritis vulvae pruriginosa. Wenn bei der Kraurosis vulvae die Nervenendigungen nicht erkrankt gefunden wurden, so sei das ein Unterschied derselben von dem Pruritus. Wenn Seligmann für letzteren einen bakteriellen Ursprung angenommen habe, so sei es einfacher, dafs das von ihm in der Haut häufig gefundene Bacterium ureae indirekt durch alkalische Zersetzung des Harns zum Pruritus geführt habe. Singer teilt die Ursachen der Vulvitis pruriginosa folgendermafsen ein:

A. Endogene Ursachen.

a) Hämatogene: Icterus, Nephritis, Diabetes mellitus. Hierher zählt auch der Pruritus nach bestimmten Medikamenten.

b) Fluxionäre: Stauungshyperämie im Gebiete der Vulvae pudendae, haemorrhoidales, des Plexus pampiniformis bei Herzfehler, Gravidität, Hämorrhoiden, Retroflexion, Uterustumoren. Zuweilen dabei Hypersekretion.

c) Hämatogene Hautleiden: Erytheme, Urticaria, Herpes. Hierher zählt auch der Pruritus senilis als Folge vasomotorischer und nutritiver Störungen.

B. Exogene Ursachen.

a) Sekretorisch-chemische:

1. Hyperidrosis, Seborrhoe.
2. Anhaltende Benetzung mit diabetischem oder ammoniakalischem Harn.
3. Krankhafte Sekrete der Scheide und des Uterus.
4. Eiterige Sekrete aus dem Mastdarm.

b) Parasitäre:

1. Tierische Parasiten: Morpiones, Pediculi, Oxyuris vermicularis.
2. Pflanzliche Parasiten: Leptothrix, Oidium albicans, Micrococcus ureae Bacterium ureae, Gonokokken, Smegma-Fäulnisbacillen, Streptо-Staphylokokken.

c) Mechanische Ursachen:

1. Primäre: Masturbation, übermäfsiges Waschen.
2. Sekundäre: Kratzen.

d) Thermische Ursachen: Pruritus aestivus und hiemalis.

Die Therapie erzielt meistens mit den gewöhnlichen Mitteln Erfolg. Wo dieses nicht gelingt, ist die Excision der juckenden Teile auszuführen, wie es Sänger zweimal gethan. Er legt einen äufseren Schnitt von 4 cm oberhalb der Clitoris bis zum After, einen inneren dem Frenulum clitoridis längs der inneren Grenze der Nymphen; die Schnitte treffen zusammen vor dem After. Die zwischen den Schnitten gelegenen Teile werden abgetragen; Naht; Heilung per primam unter Jodoform kollodium. Von Wichtigkeit ist die Abtragung der Glans clitoridis.

2. Schultze glaubt, dafs es sicher Fälle giebt, wo keine Spur von Vulvitis besteht, und auch solche, in denen die Ursache aufserhalb der Vulva liegt. In solchen Fällen ist die Vulvitis oft eine sekundäre, eine Folge des Kratzens. Im Jahre 1862 sah er eine solche sekundäre Vulvitis nach Pruritus bei einer Virgo mit Conglutinatio labiorum; als diese getrennt war, verschwand der Pruritus. Bisweilen fehlt sogar jede Irritabilität der Vulvarschleimhaut; diese Fälle kann man als Neurose bezeichnen, ohne allerdings dadurch viel zu gewinnen. In mehreren Fällen hat Verfasser die Stelle, von der aus der Juckreiz reflektorisch ausgelöst wurde, im Endometrium gefunden. Es konnte zuweilen durch Sondenreizung schon der Reflex ausgelöst werden, in anderen Fällen bewies es die Therapie. Das Sekret kann nicht das Jucken bewirkt haben, da es oft minimal war und nur durch Probetampon nachgewiesen werden konnte.

Verfasser will nicht die Endometritis als regelmäfsige Versuche des Pruritus vulvae bezeichnen, aber doch prinzipiell der Sängerschen Ansicht, dafs es sich stets um eine Vulvitis handelt, entgegentreten. Oft wird der Pruritus übersehen; es mufs stets auf ihn gefahndet werden, wenn Schlaflosigkeit geklagt wird. Zuweilen bezeichnen Onanisten allerdings auch ihren gesteigerten Geschlechtstrieb euphemistisch als unwiderstehliches Jucken. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung des Pruritus vulvae, von Lutaud. (*Journ. de méd.* 1894. No. 1.) Bei der Therapie ist neben Ergründung und Bekämpfung der Ursache die lokale Behandlung von grofser Wichtigkeit. Dieselbe ist zu beginnen mit zweistündlichen Waschungen mit:

Hydrarg. bichlorat.	0,24
Ammon. chlorat.	0,25
Lact. amygdal.	500,0

Wo dieses nicht hilft, legt man abends eine Kompresse auf, getränkt mit:

Chloral. hydrat.	5,0
Aq. rosar.	100,0
Aq. destill.	150,0

Wirksam sind auch:

Plumb. acet.	10,0	*Morph. muriat.*	0,5
Acid. carbol.	5,0	*Aq. lauroceras.*	4,0
Tinct. Op.	60,0	*Natr. biborac.*	10,0
Aq. coct.	500,0	*Aq. chloroformat.*	500,0

Von Salben, die am Tage vorzuziehen sind, seien empfohlen:

Cocain. hydrochlor.	2,0	*Kal. bromat.*	2,0
Axung. porc.	20,0	*Acid. salicyl.*	0,5
Aq. Ros. q. s. ut f. ung.		*Ung. Glycerin.*	20,0
		Calomel. vapore parat.	0,5

Über die Salbe streut man ein Pulver, etwa:

Zinc. oxyd.	
Bismuth. subnitr.	ää 5,0
Lycopod.	10,0

Für die Nacht sind auch Kataplasmen mit Emollientien, Leinsamen, Fenchel am Platze; dem zur Bereitung des Kataplasmas genommenen Wasser setzt man Borsäure, oder Sublimat und Thymol hinzu. Heiße Bäder sind nützlich. Ausspülungen der Vagina zur Entfernung des Sekretes sind wertvoll. In besonders hartnäckigen Fällen kauterisiert man die afficierten Teile mit 10%iger Argentum-nitricum-Lösung und wiederholt die Kauterisation erst, sobald der Schorf entfernt ist. Vorhandene Nervosität muß bekämpft werden. Gegen die Schlaflosigkeit ist zu empfehlen:

Ammon. bromat.	10,0	*Sulfonal.*	
Chloral. hydrat.	5,0 oder	*Antipyrin.*	ää 0,5
Syr. cort. Aur.	90,0	DS. abends 1—2 Pulver.	

DS. 1 Eßlöffel abends, ein zweiter nachts.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Cotterell berichtet über zwei Fälle von **Lithotomie der Ureteren** bei einer 61- und einer 44jährigen Frau. Der im unteren Ende des Kanals sitzende Stein wurde mittelst Incision des Ureters entfernt. Außer den genannten zwei teilt er noch zwölf andere Fälle mit, wo diese Operation prakticiert wurde. Die Heilung erfolgt sehr leicht und ohne Naht des incisierten Ureters.

Ähnliche Fälle erwähnen ferner Godlee, Harrison, Morris, Thorton, Hutchinson. (*Rif. med.* 1894. No. 118.) *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Anurie von langer Dauer, von Käfer-Odessa. (Kongreß zu Rom 1894, nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 7.) Es handelt sich um einen 68jährigen Mann, der an leichten Antällen von Nierensteinen gelitten und eines Tages von Anurie befallen wurde. Die Untersuchung aller Organe gab keinen Aufschluß, man katheterisierte, aber kein Tropfen Urin kam zum Vorschein. Der Kranke verbleibt so zwei Tage, bekommt Kopfschmerzen, Diarrhoen, Erbrechen, heftige Schmerzen in der linken Seite des Leibes; diese werden durch Morphininjektion bekämpft, und nun läßt er, mitten in der Nacht, von selbst 400 g Urin. Darauf uriniert der Kranke drei Tage lang ganz gut; hierauf folgt neuerdings ein Anfall von Anurie unter den oben genannten, aber noch heftigeren Symptomen. Urämie tritt ein, welcher er erliegt Bei der Sektion fand man die beiden Öffnungen der Ureteren verstopft durch Steine, welche leicht in die Blase hineinragten, ferner eine sekundäre Dilatation des oberen Abschnittes des Harnapparates. *Neuhaus-München.*

Überpflanzung der Ureteren auf die Urethra und Neubildung der Harnblase, von A. Schwarz. (*Rif. med.* 1894. No. 152, 153, 154.) Auf Grund von Experimenten an Tieren kommt Verfasser zu folgenden wichtigen Schlüssen:

1. Bei Hunden kann man mit Leichtigkeit und ohne Schaden die Harnblase vollständig exstirpieren und die Ureteren mit dem oberen Teile der Urethra in Verbindung bringen.

2. In verhältnismäfsig kurzer Zeit bildet sich unterhalb der Ureterenmündung durch Ausdehnung und Hyperplasie der Harnröhrenwandung ein Hohlraum mit allen anatomischen und physiologischen Eigenschaften einer normalen Harnblase; das untere Dritteil der Harnröhre behält dabei sein normales Kaliber. An der Übergangszelle zwischen Urethra und neugebildeter Blase kommt es zu einer Hyperplasie der Muskelfasern, die nunmehr als Sphinkter funktionieren. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Transperitoneale Implantation des Ureters in die Harnblase zur Behandlung der Harnleiterscheidenfisteln, von G. F. Novaro. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 13.) Zur Beseitigung von Harnleiterscheidenfisteln wurde empfohlen entweder Verschlufs der Scheide nach Anlegung einer Vesikovaginalfistel oder Nephrektomie; beides hat grofse Übelstände. Verfasser hat zwei Fälle nach einer neuen Methode operiert, bei welcher der Ureter aufgesucht, durchtrennt und dann in eine neu angelegte Öffnung der Blase eingenäht wird. Der Erfolg war ein guter.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die angeblich parasitäre Natur der Ureteritis cystica, von Prof. O. Lubarsch. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. path. Anat.* 1894. No. 1.) Die Ureteritis cystica ist selten. In der Litteratur findet man 8—10 Fälle, und Verfasser fand unter mehr als 3000 Sektionen die Veränderung nur einmal. Sie kann einseitig oder beiderseitig, umschrieben oder diffus auftreten; am häufigsten ist das obere Drittel des Ureters ergriffen. Oft findet man dicht zahllose Cysten, bläschenartig, miliaria-ähnlich. Sie entstehen durch Abschnürung von Brunnschen Nestern und Zerfall der Zellen unter Einfluls chronischer Reize.

Eve und Bland Sutton sehen diese Cysten als Psorospermiencysten an; die von ihnen als Coccidien angesehenen Gebilde sind aber nur Lücken in den Kolloidmassen, vielleicht auch hyaline Kugeln.

Pisenti hielt frei in den Cysten eigentümliche Gebilde, meist rund, mit 1 bis 2 auffallend kleinen Kernen, groben Protoplasmagranulationen, die er als Sporozoen deutet. Verfasser hält dieselben für degenerierte Epithelien und begründet das ausführlich. Dafs man keine Übergänge zu normalen Epithelien findet, ist für ihn kein Beweis gegen die Abstammung von letzteren. Auch klinisch spricht manches gegen die parasitäre Ätiologie; weshalb sollten sich die Protozoen gerade da festsetzen, wo sie am schnellsten passieren? Auch kann man im frischen Cysteninhalt niemals etwas finden, was an Protozoen erinnert.

Verfasser erkennt also die parasitäre Entstehung der Ureteritis cystica nicht an und wendet sich gegen die übertriebene Neigung, alles, was man nicht ohne weiteres erklären kann, als Coccidien oder Sporozoen anzusehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXI. No. 7. 1. Oktober 1895.

Über die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Hautkrankheiten.

Von

Prof. P. Tommasoli-Palermo.

Die klinische Erfahrung in der Dermatologie hat schon seit vielen Jahren für die Wissenschaft eine Thatsache gewonnen, welche ich für nicht unwichtig für die allgemeine Pathologie halte, nämlich dafs viele chronische Dermatosen sehr häufig ihren Verlauf mit einer visceralen Tuberkulose zu beschliefsen pflegen. Dieses bewahrheitet sich besonders bei denjenigen Dermatosen, welche entweder die ganze Hautoberfläche oder ihren gröfsten Teil befallen: und die Pityriasis rubra — wie bekannt ist, eine Krankheit mit langem Verlauf und universell — ist diejenige, welche in erster Linie steht. Deshalb fühlte sich vor wenigen Jahren Cohn durch seine Beobachtung veranlafst zu behaupten, dafs alle Fälle dieser Dermatose ihren Ausgang in Tuberkulose genommen haben und nehmen, und Jadassohn, welcher vor drei Jahren in seiner vortrefflichen Arbeit „*Über die Pityriasis rubra (Hebra) und ihre Beziehungen zur Tuberkulose etc.*“[1] gefunden hat, dafs von 18 Fällen dieser Hautaffektion, welche genau diagnosticiert waren, 8 mal mit Sicherheit Tuberkulose festgestellt wurde, 2 mal dieselbe mit Wahrscheinlichkeit hat angenommen werden können und in den übrigen 8 Fällen dieselbe hat weder bestätigt, noch geleugnet werden können, hat mit Recht diese Thatsache hervorgehoben und ihr deshalb ein besonderes Kapitel gewidmet.

Wie kann nun eine solche Thatsache erklärt werden?

Damit eine Antwort leichter gefunden wird und damit die Begründung schneller von statten geht, ist es nötig, meine Herren, die folgenden Daten vorauszuschicken:

1. Dafs wir aufser Pityriasis rubra, und zwar in Reihenfolge ihrer Häufigkeit, auch Dermatitis exfoliativa, Impetigo herpetiformis Hebra, Ichthyosis, Pityriasis rubra pilaris, Keratosis pilo-follicularis, Pemphigus verus mit seinen Varietäten, weiter

[1] *Archiv für Derm. u. Syph.* 1892. pag. 85, 271, 462.

Psoriasis, Eczema chronicus diffusus und Lichen verus, — insbesondere, wenn sie sich in die Dermatitis exfoliativa schliefslich umwandeln, welche Bazin Herpétide exfoliative maligne genannt hat, — dafs wir nicht selten diese Krankheiten ihren Ausgang in Tuberkulose nehmen sehen.

2. Dafs, aufser den schon genannten, noch eine andere Dermatose existiert, nämlich das Erythema nodosum, besonders wenn es recidiviert, welches, wenn man auch nicht sagen kann, dafs es seinen Ausgang in Tuberkulose nimmt, sich jedoch häufig bei Individuen trifft, welche schon tuberkulös sind oder welche bald tuberkulös werden oder welche alle physischen Eigenschaften der für Tuberkulöse Prädisponierten darbieten. Diese häufige Koincidenz, welcher bereits manche Beobachter, wie Böhme, Spezialarbeiten gewidmet haben, wollte ich hier erwähnen, und deshalb findet sich, wenn auch an besonderer Stelle, diese Dermatose hier erwähnt.

3. Dafs sich sehr häufig mit Tuberkulose auch die eigenartige Hautkrankheit verbinden oder in dieselbe ihren Ausgang nehmen kann, welche die meisten noch Lupus erythematosus nennen und die ich entweder Ulerythema centrifugum nenne, wie Unna vorgeschlagen hat, oder Atrophodermitis centrifuga, wie die moderne Dermohistopathologie mit gröfserer Logik verlangt. Diese Dermatose wird von vielen als eigentliche Hauttuberkulose betrachtet, und wenn dies der Fall wäre, so dürfte ich sie hier nicht erwähnen, da ich hier nicht über die Hauttuberkulose handle. Jedoch für diese Ansicht, welche die Ehre hat, unter ihre Fürsprecher Besnier zu zählen, wurde noch nie ein positiver Beweis gegeben, und ich bin überzeugt, dafs er dafür nie gegeben werden wird. Deshalb darf ich hier, solange die Ungewifsheit dauert, auch diese Dermatose nennen, aber ich führe sie, wie Erythema nodosum, besonders auf.

4. Dafs sich sehr häufig mit visceraler Tuberkulose verbindet und in ihr ihren Ausgang nimmt auch Lepra, die zwar wie die bisher genannten eine chronische Krankheit ist, dagegen aber ausgesprochen parasitär und daher, sogar mit gröfserem Rechte als die bisher genannten, eine besondere Erwähnung verdient.

Dies vorausgeschickt, gehen wir jetzt an die Behandlung unseres Problems.

Jadassohn hat sich bei dem Studium der Pityriasis rubra die folgenden drei Fragen gestellt:

1. Ob diese so häufige Koincidenz der beiden Krankheiten einfach als zufällig anzusehen ist;

2. vorausgesetzt, dafs sie nicht zufällig ist, ob man nicht annehmen mufs, dafs die Tuberkulose im allgemeinen und die Tuberkulose der Lymphdrüsen im besonderen, die Jadassohn in seinen beiden eigenen

Fällen hat bestätigen können, eine durch die Existenz der Pityriasis begünstigte Komplikation ist; oder ob man nicht umgekehrt annehmen muſs, daſs die an Tuberkulose Leidenden besonders prädisponiert sind, auch an Pityriasis zu erkranken;

3. ob es nicht vielmehr besser ist, direkt anzunehmen, daſs zwischen beiden Affektionen eine innere und regelmäſsige ursächliche Beziehung besteht.

Dieses sind die Fragen, die JADASSOHN sich gestellt hat. Wie sind die Antworten?

Was die erste Frage betrifft, so ist die Antwort kurz und bündig: Der Gedanke, daſs ein einfacher Zufall so oft zwei so sehr voneinander verschiedene Krankheiten zusammengeführt hätte, wäre absonderlich. Und hierin, glaube ich, wird jeder Dermatologe der Ansicht JADASSOHNS beipflichten.

In Bezug auf die anderen beiden Fragen faſst sich der scharfsinnige Breslauer Kollege kurz folgendermaſsen, nachdem er mit Recht hervorgehoben hat, daſs die Antwort darauf viel schwieriger ist:

„Daſs eine langdauernde und schwere Hauterkrankung wie viele emacerierende Prozesse den Organismus zur Aequisition von Tuberkulose geeignet machen kann, das ist eine Vorstellung, welche, in dieser Allgemeinheit ausgesprochen, gewiſs berechtigt ist. Aber sie läſst sich mit den von mir beobachteten Thatsachen nicht ganz in Einklang bringen; — denn meine zweite Patientin war keineswegs in ihrer Ernährung schwer geschädigt — und dann müſste man noch eine zweite Hypothese aufstellen, daſs nämlich gerade die der Haut zugehörenden Lymphdrüsen einen Locus minoris resistentiae für die Tuberkulose abgeben müſsten. Eine solche Anschauung erscheint mir sehr wenig wahrscheinlich.

Und ebenso unwahrscheinlich ist die umgekehrte Annahme, daſs Tuberkulöse eine besondere Prädisposition für Pityriasis rubra haben; diese ist eine der seltensten, jene die häufigste Erkrankung — wollte man einen derartigen Zusammenhang konstruieren, so müſsten noch ganz besondere Bedingungen hinzukommen, die uns vollständig unbekannt sind. Von einer mechanischen Beeinflussung der Hautzirkulation durch die Drüsenschwellung konnte in meinen Fällen gar keine Rede sein; ihr Resultat könnte auch — wie es bei ELSENBERGS Patienten thatsächlich eintrat — nur ein Stauungsödem der Haut sein.

Daſs bei der Unmöglichkeit, auch nur eine wahrscheinliche Hypothese zur Erklärung der Häufigkeit der von mir beschriebenen Komplikation auszustellen, von einem für uns verständlichen gesetzmäſsigen inneren Zusammenhang beider Affektionen — der Tuberkulose und der Pityriasis rubra — gar keine Rede sein kann, ist zweifellos.

So muſste ich mich denn begnügen, die Thatsachen, die ich gefunden

habe, zu schildern, und muſs auf eine Erklärung derselben verzichten. Läſst sich an weiteren Fällen von Pityriasis rubra ähnliches konstatieren, so wird sich wohl auch — auf einem gröſserem Material — eine Erklärungsmöglichkeit aufbauen lassen."

Wie Sie sehen, kann die kluge Zurückhaltung nicht gröſser sein, und auch davon bin ich überzeugt, daſs es nur sehr wenige Pathologen im allgemeinen und insbesondere Dermatologen geben wird, welche nicht damit übereinstimmen. Ich für meine Person jedoch fühle, daſs ich mich zwei so auſserordentlich interessanten Fragen gegenüber, die JADASSOHN mit so groſser Vorsicht beiseite stellt, nicht in derselben Weise verhalten hätte, denn es scheint mir nicht immer das Beste und Ratsamste zu sein, sogleich die Flinte ins Korn zu werfen, sobald man es mit dem Unbekannten zu thun hat. Und heute nehme ich die Diskussion der Thatsachen genau an der Stelle auf, wo sie JADASSOHN gelassen hat, und bitte Sie, den kurzen Betrachtungen zu folgen, welche ich Ihnen jetzt auseinandersetzen will, um zu sehen, ob uns das nicht gelingt, was ihm fehlgeschlagen ist.

JADASSOHN schlieſst die einfache zufällige Koincidenz aus und darin stimmen wir überein; er erklärt, daſs zweifellos von einer für uns verständlichen inneren und regelmäſsigen Beziehung nicht die Rede sein kann, und darin stimmen wir nicht überein, sowohl was Pityriasis rubra, wie die anderen angeführten Dermatosen betrifft.

Für mich existiert die Beziehung und ist nicht nur verständlich, sondern, verzeihen Sie mir die vielleicht allzu absolute Behauptung, sogar leicht verständlich. Und wenn der scharfsinnige Kollege sie nicht gefunden hat, so liegt es daran, daſs er seine Untersuchung nicht soweit ausgedehnt hat, wie er es hätte thun sollen.

Wenn zwei Krankheiten so häufig zusammen vorkommen, daſs man nicht von einem einfachen Zufall reden kann, so verlangt die Logik, daſs man sich vor allem fragt, wie JADASSOHN es auch gethan hat, ob die eine Krankheit nicht die Wirkung der anderen sein kann, oder ob nicht wenigstens die eine zu der anderen prädisponiert. Und wenn auch diese direkte oder indirekte ursächliche Beziehung mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, so ist damit noch nicht jede andere Möglichkeit einer Beziehung ausgeschlossen. Nicht nur die Eltern und ihre Kinder leben zusammen, häufig finden wir auch Brüder zusammenleben. Und gerade diese zweite Art der Beziehungen, an die JADASSOHN nicht im geringsten gedacht hat, ist diejenige, welche meiner Meinung nach uns die Lösung der Frage an die Hand giebt.

Nachdem ich so meinen Gedanken enthüllt habe, wird jeder von Ihnen gewiſs, ohne daſs JADASSOHN zu Hülfe zu kommen braucht, sofort einen Einwurf bereit haben. Die Tuberkulose ist zweifellos eine bacilläre

Krankheit, von all den Hautkrankheiten dagegen, die Sie uns genannt haben, weifs man aber nichts über ihre Natur; wenn wir Ihnen auch Glauben schenken wollen, dafs Sie daraus mit so grofser Sicherheit Autointoxikationen machen, so bleiben dieselben doch weit genug davon entfernt, verwandtschaftliche Beziehungen mit Tuberkulose darzubieten. Von was für einer Art von Brüderschaft haben Sie denn nun eigentlich geredet?

Dieser Einwurf ist leicht zu machen, aber nicht weniger leicht ist die Entgegnung.

Damit sich die Tuberkulose entwickle, genügt, wie alle wissen, in Wirklichkeit der Bacillus nicht. Wie die Gottheit und wie der böse Geist ist er überall: an jedem Orte, zu jeder Zeit könnt ihr ihm begegnen und ihr beherbergt ihn. Wenn also dieser Bacillus für sich allein genügte so hätte er schon längst mehr als einmal die Menschheit ausrotten können. Damit die Tuberkulose sich entwickele, ist ein zweites Element unbedingt notwendig, nämlich die individuelle Prädisposition. Und gerade in diesem zweiten Elemente, welches sich glücklicherweise nicht bei allen Individuen trifft, sehe ich die Möglichkeit, von brüderlichen Beziehungen reden zu können. Soll ich meine Auffassung noch klarer ausdrücken, um dann schneller daran gehen zu können, ihren Wert zu beweisen? Wohlan, hiermit thue ich es.

Wenn Tuberkulose und Pityriasis rubra, sowie die anderen oben citierten Hautkrankheiten sich sehr häufig begegnen, so geschieht es meiner Meinung nach nicht, weil diese letzteren Wirkungen der ersteren sind oder umgekehrt, sondern es geschieht nur deshalb, weil sowohl die erstere wie die letzteren in ihrem Ursprunge etwas Gemeinsames haben.

Damit leugne ich jedoch nicht, dafs nicht die eine oder andere dieser Hautkrankheiten gelegentlich, infolge der mehr oder weniger schweren und ausgedehnten Hautläsionen, welche sie bedingen, dazu führen kann, die Möglichkeit des Contagiums zu vergröfsern, indem dadurch die Eintrittspforte für die tuberkulöse Infektion auf dem Wege der Haut geöffnet wird. Und vielleicht könnte auch so die Tuberkulose der peripheren Lymphdrüsen, wie sie von JADASSOHN gefunden wurde, erklärt werden.

Auch leugne ich nicht, dafs nicht in manchem Falle die alterierte Funktion des gesamten Hautsystems, wie sie z. B. bei Pityriasis rubra oder bei anderen universellen oder fast universellen Dermatosen vorkommt, dazu beitragen kann, die Prädisposition, welche wir als unumgänglich notwendig zum Zustandekommen der Tuberkulose erklärt haben, vorzubereiten oder zu vervollständigen.

Aber dies alles mag uns mitunter und in manchen Fällen vor-

kommen. In der größten Mehrzahl der Fälle dagegen werden wir aber schließlich nichts Klares mehr finden, wie JADASSOHN, wenn wir nicht einen weiteren Ausblick nehmen. Und alsdann suchen wir die nächstliegenden und entfernten Ursachen der visceralen und der Hautaffektion auf, die sich so oft gleichzeitig oder nacheinander vorfinden, und in diesen Ursachen gerade, wie ich sagte, finden wir den ausreichenden Grund für das gleichzeitige Bestehen oder für die Aufeinanderfolge.

Wie ich die Pathogenese der betreffenden Dermatosen auffasse, ist Ihnen nicht unbekannt, da Sie mich schon wiederholt darüber haben sprechen hören, und darf auch den außerhalb Stehenden nicht unbekannt sein, welche meine Sachen zu lesen pflegen.

Für mich sind diese Dermatosen hervorgebracht durch besondere Formen von Intoxikation, welche im Organismus und durch den Organismus entstehen, oder von Autointoxikation, und ich verteidige schon seit vielen Jahren diese Ansicht, welche jeden Tag neue Anhänger gewinnt, wenn sie auch immer noch im Stadium einer Hypothese bleibt. Die Autointoxikation würde abhängen, sei es von den gewöhnlichen Produkten der Reduktion, welche entweder durch eine verringerte Elimination oder durch eine vermehrte Produktion an Quantität zugenommen haben, sei es von den anderen toxischen Substanzen, welche von den einzelnen Elementen der verschiedenen Organe oder Systeme geliefert werden können, wenn sich eine materielle oder funktionelle Störung irgend eines Teiles des Organismus entwickelt. Diese verschiedenen toxischen Substanzen, welche der Organismus selbst erzeugt und von denen er dann gleichzeitig vergiftet wird, wirken auf die Epidermis, und zwar genauer auf den Papillarkörper und auf die epithelialen Schichten, reizend.

Die Epidermis teilt mit den Nieren und den Lungen das traurige Privilegium, gleichzeitig ein Teil des Organismus und Ausscheidungsorgan zu sein. Daher wird sie wie jene von den Produkten der Autointoxikation in zweifacher Weise betroffen und findet sich daher auch wie jene erkrankt, wenn eine der so vielen möglichen Autointoxikationen in Wirksamkeit tritt. Die toxische Irritation wirkt bald schnell, bald langsam, bald schwach, bald stark; und die pathologischen Wirkungen, welche sie hervorbringt, sind natürlich verschieden, je nachdem die Qualität und die Quantität der toxischen Substanzen einerseits wechseln und je nachdem in einem oder im anderen Sinne der Organismus als Ganzes und das besonders gereizte Organ oder System andererseits reagieren. Was jedoch auch immer der Grad, die Ausdehnung und die Qualität der toxischen Irritation auf die Haut sein mag, die anatomische Läsion, welche dadurch hervorgebracht wird, ist entweder von Anfang an rein phlogistischer Natur oder stellt die ersten vorbereitenden Stadien dazu dar. Die Autointoxikation endlich, von welcher diese verschiedenen

Dermatosen, welche die verschiedenste Morphologie darbieten können, ihren gemeinsamen Ursprung nehmen, hat als Grundlage denjenigen, bald angeborenen, bald erworbenen allgemeinen Zustand des Organismus, den wir heute als „physiologische Schwäche“ oder als „allgemeine vegetative Störung“ oder als „organische Hypooxydation“ oder als „Verlangsamung der Nutrition“ zu bezeichnen pflegen.

So fasse ich die Pathogenese dieser verschiedenen in Rede stehenden Dermatosen auf, für deren abstrakte und komplicierte Begriffe wir von der Cytologie und der tierischen Biochemie konkrete und einfache Formeln erwarten. Und was die Pathogenese der Tuberkulose betrifft, so wissen wir alle, daſs es dieselbe „physiologische Schwäche“ und dieselbe „Verlangsamung der Nutrition“ ist, von welcher heute alle übereinstimmend die organische Disposition herleiten und welche, wie wir sahen, das andere unbedingt notwendige Element zum Zustandekommen der Tuberkulose vorstellt.

Wenn sich nun auf beiden Seiten so die Sachen verhalten, wer findet alsdann nicht die Thatsache vollständig klar und leicht verständlich, daſs sich so häufig Krankheitsprozesse begegnen, die scheinbar so verschiedener Natur sind? Dasselbe Individuum, das an Pityriasis rubra oder an Ichthyosis oder an Pemphigus leidet, leidet auch sozusagen an Prädisposition für Tuberkulose oder, in bakteriologischer Sprache, bietet einen günstigen Nährboden für den Kochschen Bacillus dar und dies aus denselben Ursachen, von denen ursprünglich die Dermatose, an welcher das Individuum leidet, abhängt. Es ist daher nicht seltsam, wenn dieses Individuum mit Leichtigkeit diesen Bacillus aufnimmt, der sich bekanntlich überall findet, und die Reihe seiner Leiden mit einer visceralen Tuberkulose beschlieſst.

Durch diese Auffassung werden viele Thatsachen erklärt, welche in keiner anderen Weise in ihrer Gesamtheit und so leicht verständlich gemacht werden können. Es wird erklärt, weswegen die Koincidenz oder die Aufeinanderfolge nicht konstant, sondern nur häufig ist, und zwar häufiger bei denjenigen Dermatosen, welche für sich allein ein Zeichen für eine sehr schwere Autointoxikation sind. Es wird erklärt, weswegen die viscerale Tuberkulose bald zuerst, bald später auftritt, wie es beim Erythema nodosum geschieht. Es wird erklärt, warum sich zu einer autotoxischen Dermatose noch eine tuberkulöse Dermatitis gesellen kann, wie es häufig bei dem Ulerythema centrifugum geschieht, welches gerade deswegen von vielen ebenfalls für eine Hauttuberkulose gehalten wird. Es wird weiter erklärt, weswegen die Tuberkulose so häufig das Krankheitsbild chronischer Dermatosen, wie Lepra, beschlieſst, welche zwar parasitär sind, aber, um sich entwickeln zu können, gerade so wie die Tuberkulose unbedingt notwendig den

Organismus prädisponiert vorfinden müssen und die, einmal entwickelt, mehr als genügend sind, während ihres sehr langsamen Verlaufes auch allein den von ihnen befallenen Organismus für den Kochschen Bacillus empfänglich zu machen. Es wird schliefslich auch erklärt, weswegen die Tuberkulose sich nicht allein häufig bei Individuen, die von einer der verschiedenen Dermatosen befallen sind, findet, sondern man ihr auch bei irgend einem anderen Gliede derselben Familie begegnet.

Und dafs übrigens dieses genau das Verhältnis ist, welches zwischen Tuberkulose und Hautkrankheiten besteht und für sich allein genügt, um ihr leichtes Zusammentreffen zu erklären, wird nicht allein durch die Wahrscheinlichkeit meiner Hypothese, sondern auch durch andere Betrachtungen bestätigt.

Wenn wir auch nur wenig aus dem dermatologischen Gebiete heraustreten und beobachten, was sich bei den anderen Krankheiten, welche ebenfalls, um mit Bouchard zu reden, von einer Verlangsamung der Ernährung herrühren, zuträgt, so finden wir genau dieselbe Thatsache bestätigt. Und wir sehen dasselbe, wenn wir beobachten, was sich bei allen denjenigen chronischen Krankheiten zuträgt, welche, wie man weifs, aufserordentlich dazu beitragen und sogar allein genügen, um im Organismus diejenige Veränderung oder Verlangsamung in der Ernährung hervorgerufen, welche dann die Prädispositionen, über die wir sprechen, bedingen.

Bei Diabetes, um eine Krankheit zu nennen, finden wir unter den vielen anderen Krankheitsprozessen, welche sich hinzugesellen können, ziemlich häufig Phthise. Bei Rheumatismus im allgemeinen und bei Arthritis deformans im besonderen, um eine andere Krankheit zu nennen, finden wir neben häufigen Läsionen von seiten der Nieren auch sehr häufig Lungentuberkulose. Und wir wissen, dafs die chronischen Krankheiten im allgemeinen und diejenigen des Gehirns und des Rückenmarks im besonderen häufig ihren Ausgang in Tuberkulose nehmen. Auch wissen wir, dafs die häufigste Krankheitsdisposition, welche die Alkoholiker darbieten, die Prädisposition zur Tuberkulose ist.

Wir finden also auch von dieser Seite eine beredte Bestätigung meiner Anschauung, und habe ich deshalb kurz und bündig erklärt, dafs ich nicht mit Jadassohn übereinstimmen kann.

Vor drei Jahren habe ich in der medicinischen Gesellschaft zu Modena eine sehr wichtige Mitteilung meines Freundes und Kollegen Prof. Vanni über die Beziehungen zwischen Neurasthenie und Lungentuberkulose gehört. Wie wir bei unseren oben citierten Dermatosen, so hat Prof. Vanni Lungentuberkulose sich häufig bei schon an Neurasthenie leidenden Individuen entwickeln sehen, und da er die Ursache dieses Zusammentreffens untersuchen wollte, hat auch er sich fast dieselben Fragen wie Jadassohn vorgelegt. Nur hat sich Freund Vanni

eine Antwort und eine sehr präcise gegeben, während JADASSOHN es für vorsichtiger gehalten hat, wie wir sehen, sich keine Antwort zu geben.

Wenn das Zusammentreffen der beiden Krankheitsprozesse häufiger wäre, so wäre, sagte er, nichts logischer, als in der Tuberkulose eine indirekte Folge der Neurasthenie zu sehen, da bekanntlich die Erschöpfungszustände des Organismus zu Tuberkulose prädisponieren, und unter diese Zustände kann zweifellos die Neurasthenie gerechnet werden. Da jedoch dieses Zusammentreffen oder die Aufeinanderfolge viel weniger häufig ist, als sie sein müfste, wenn die Sache sich so verhielte, und da die Neurasthenie eine Affektion ist, die für gewöhnlich heilt, so mufs er darauf verzichten, die Beziehung zwischen den beiden Krankheiten so zu erklären, und faſst sie in gerade entgegengesetztem Sinne auf. Er hält sich für berechtigt, den Schluſs zu ziehen, daſs in den Fällen, in welchen die Aufeinanderfolge stattfindet, die Neurasthenie stets dann auftritt, wenn die Tuberkulose sich schon entwickelt hat, aber noch latent bleibt, und daſs sie von der organischen Erschöpfung abhängt, welche durch die latente Tuberkulose hervorgerufen wird.

Ist nun diese Hypothese von Prof. VANNI wirklich gut?

Darüber wird die klinische Beobachtung urteilen, die Gelegenheit hat, zu bestätigen, ob wirklich diese latente Tuberkulose eine mehr oder weniger lange Zeit bei den etwas verdächtigen Neurasthenikern besteht. Inzwischen scheint es mir jedoch viel einfacher, anzunehmen, daſs auch hier die Beziehung, welche zwischen Neurasthenie und Tuberkulose besteht, nicht von derjenigen verschieden ist, die wir oben aufgestellt haben.

Ich sehe keine Schwierigkeit, auch die Neurasthenie unter die Krankheiten aus veränderter oder verlangsamter Ernährung einzureihen. Wir sehen sie in der semitischen Rasse vorwalten, bei der, wie wir wissen, alle Krankheiten aus verlangsamter Ernährung im allgemeinen und die autotoxischen Dermatosen im besonderen so häufig sind. Die starken Emotionen, besonders die deprimierenden, sind eine häufige Ursache derselben. Ebenso verhalten sich alle Krankheiten, welche den Organismus schwächen und eine schädigende Wirkung auf das Nervensystem vermittelst der Produkte des veränderten Stoffwechsels, welche sie hervorrufen, ausüben. Eine andere häufige Ursache davon sind die infektiösen Krankheiten und die chronischen Intoxikationen, welche z. B. vom Miſsbrauch der Alcoholica, Tabak, Morphium, verdorbenem Mais etc. herrühren. Ursache davon sind die Krankheiten des Verdauungssystems und Nervensystems. Häufige Ursachen sind auch Schwangerschaft, Puerperium, das Säugen. Kurz, Ursachen geben alle Krankheitsmomente ab, welche ich schon so häufig Gelegenheit gehabt habe, aufzuzählen, indem ich über die autotoxischen Dermatosen gesprochen habe, welche ich von einer verlangsamten Ernährung

herleite. Und aufserdem sehen wir sie sehr gewöhnlich bei Personen auftreten, die Familien angehören, in welchen man mit Leichtigkeit allen diesen verschiedenen Antecedentien, diesen individuellen Charakteristica und diesen Krankheitsanlagen begegnet, welche wir bei Individuen zu treffen pflegen, die irgend eine andere Krankheitsmanifestation der allgemein veränderten Ernährung aufweisen. Es ist daher meiner Meinung nach nicht auffallend, dafs wir da, wo wir die Krankheit Beards vorfinden, auch mitunter Tuberkulose antreffen. Das für die erstere gut geeignete Terrain ist ebenso gut geeignet für die letztere, und die Aufeinanderfolge oder das Zusammentreffen wird die verständlichste Sache von der Welt.

Gewifs leugne ich hier nicht, dafs in den Fällen, in denen die Tuberkulose zuerst beginnt, nicht auch sie das ihrige zur Entwickelung einer Neurasthenie beitragen kann wie sich auch nicht das Umgekehrte leugnen läfst, welches auch Prof. Vanni sehr logisch zu sein scheint. Aber wenn morgen die Klinik käme und mir sagte, dafs skrupulös eine Neurasthenie in einem Individuum beobachtet wurde, welches später tuberkulös wurde, welches aber im Momente der ersten Krankheit es sicherlich nicht war, so würde dadurch ohne weiteres die Theorie von Vanni widerlegt werden, während die meinige daraus nur Nutzen ziehen würde. Und wenn einer mich fragen würde, weshalb denn nicht alle Tuberkulösen im Beginne der Tuberkulose neurasthenisch sind, so würde ich wegen der Antwort nicht in Verlegenheit geraten, während Prof. Vanni, der gerade wegen dieses Einwurfs ausgeschlossen hat, dafs die Tuberkulose von der Neurasthenie vorbereitet werden kann, wohl kaum dasselbe wird versichern können.

Also, um auf unseren Gegenstand zurückzukehren, die Beziehung, welche Jadassohn entgangen ist, existiert für uns und scheint uns ziemlich evident.

Tuberkulose und gewisse Dermatosen, ebenso wie Neurasthenie und Tuberkulose, oder wie Tuberkulose und Rheumatismus nodosus, oder wie Tuberkulose und Lepra folgen häufig aufeinander oder treffen in demselben Individuum zusammen, nicht deshalb, weil in dem einen oder anderen Sinne irgend ein Abhängigkeitsverhältnis besteht, sondern deshalb, weil alle diese Krankheitsprozesse einen Teil ihrer Ätiologie gemeinsam haben, und weil ein Individuum, welches für die einen prädisponiert ist, es ebenso für die anderen ist. Es besteht eben, wie man sieht, und wie ich mich bereits ausgedrückt habe, eine Art von Brüderschaft.

Und für den Augenblick finden wir keinen einzigen Einwurf, der die Auffassung, welche wir von dieser Beziehung haben, einschränken könnte.

Zur Kasuistik der Hauttuberkulose.

(Zum Teil nach einem Vortrage im Ärzteverein zu Barmen.)

Von

Dr. Julius Müller,
Arzt für Hautkrankheiten.

Meine Herren!

In der letzten Sitzung hatte ich Gelegenheit, Ihnen Hautgeschwüre auf luetischer Basis — es handelte sich, wie Sie sich erinnern werden, um einen prägnanten Fall von Syphilis maligna — zu zeigen, heute möchte ich Ihnen über drei Patienten mit Hautgeschwüren auf tuberkulöser Basis Bericht erstatten.

Meine Herren! Sie wissen, wie mannigfaltig und inkongruent die Wechselbeziehungen zwischen dem Tuberkelbacillus und der Haut sind, so dafs bei nur klinischer Betrachtung der Gedanke an die gleiche Ursache kaum aufkommen konnte. Und noch scheint der Kreis der eventuell auf den Kochschen Bacillus zurückzuführenden Erkrankungen der äufseren Bedeckung nicht geschlossen. Ich erinnere nur an den Versuch aus der jüngsten Zeit, den Lichen scrophulosorum, ferner jene Form des Ekzem, das seinen Sitz an den Schleimhautübergängen hat, und das Chalazion hereinzubeziehen, weiter an die von hervorragenden französischen Dermatologen verfochtene Zugehörigkeit des Lupus erythematodes.

Die Affektionen der äufseren Haut, deren bacilläre Ätiologie so fest begründet ist und so allgemein angenommen wird, dafs auf eine weitere Widerlegung einzelner Gegenstimmen im allgemeinen verzichtet werden kann, sind folgende:

1. die ulceröse Tuberkulose;
2. die verruköse Tuberkulose;
3. die gummöse Tuberkulose (Scrophuloderma);
4. der Lupus vulgaris mit all seinen Varietäten.

Die ad 1 angeführte Form ist die am wenigsten oft beobachtete, und da der Zufall mir im Verlaufe weniger Wochen drei Fälle dieser Art in die Hände gespielt hat, halte ich eine kurze Besprechung für nicht ganz uninteressant.

Unter der sog. echten Hauttuberkulose verstehen wir einen ulcerativen Prozefs, der durch direkten Import des Tuberkelbacillus, sei es von demselben Individuum — sekundär —, sei es von einem anderen — primär —, in eine gleichzeitig gesetzte oder zufällig bestehende gröfsere oder kleinere

Gewebsläsion entstanden ist und sich von den anderen oben angeführten tuberkulösen Hautleiden durch einen verhältnismäfsig rasch vorwärtsschreitenden geschwürigen Zerfall, durch den Mangel der charakteristischen vorausgehenden Knötchen und den Reichtum des Bacillenbefundes scharf abgrenzen läfst.

Die sekundäre Hauttuberkulose in der Umgebung des Mundes und der Analöffnung ist eine nicht seltene Erscheinung speziell im letzten Stadium der Phthise, während die primäre trotz der Ubiquität des Tuberkelbacillus und trotz des oft so engen Beisammenwohnens eines Phthisikers mit seiner zahlreichen Familie im grofsen und ganzen eine Rarität ist.

Meine Beobachtungen betreffen ein sekundäres, interessant durch die Lokalisation, und zwei primäre tuberkulöse Hautgeschwüre.

Fall I, den ich mit Herrn Dr. Saurenhaus Gelegenheit hatte zu verfolgen, betrifft eine sehr gracil gebaute junge Frau, die einmal geboren hatte. Sie hatte von Kindheit an eine „schwache" Brust. Ihre ganze Familie ist mit Tuberkulose schwer belastet. Sie selbst leidet an Müdigkeit, Husten, besonders morgens, und an leichten nächtlichen Schweifsen. Kein Auswurf. Ihr Mann ist vollkommen gesund und von kräftiger Konstitution.

Ihr neues Leiden besteht seit circa drei Monaten. Im Anfang hatte sie, da keine besonderen Schmerzen da waren, keinen Arzt, doch haben sich jetzt sehr starke Schmerzen beim Urinlassen, beim Gehen und bei der leisesten Berührung eingestellt.

Eine Inspektion der äufseren Genitalien liefs an der inneren Fläche des linken grofsen Labiums ein haselnufsgrofses, wenig vertieftes, unregelmäfsiges Ulcus erkennen. Der Grund war mit dünnem krümeligen Eiter bedeckt; nach vorsichtigem Reinigen sah man hier kleine hirsekorngrofse, graublau verfärbte Wärzchen. Der Rand ohne Infiltration, zackig, wie angefressen, ohne deutlich hervortretende Entzündungszone, nur ein schwacher bläulichroter Streifen. Die geringste Berührung überaus schmerzhaft. Inguinaldrüsen nicht geschwollen, geringer Fluor albus. Urin ohne Eiweifs und Zucker. Die Untersuchung der Lungen ergab Spitzeninfiltration. Die Diagnose lautete daher bei solch charakteristischen Merkmalen Ulcus tuberculosum.

Dafs es sich nicht um ein infektiöses Sexualleiden in diesem Falle handelte, wozu ja die Lokalisation leicht verführt, konnte von vornherein ausgeschlossen werden, da aufser dem Sitz absolut nichts dafür sprach.

In Erwägung war nur zu ziehen Herpes zoster gangraenosus und Ulcus diabeticum. Gegen erstere Annahme sprach das Fehlen von Herpesbläschen in der Umgebung, in erhöhtem Mafse jedoch das langsame stetige Wachstum des Ulcus, ferner, dafs anfangs keine Schmerzen bestanden, während wir gerade bei Zoster schon einige Tage vor der Eruption lancierende Schmerzen immer haben. Die Diagnose Ulcus diabeticum schlofs das negative Resultat der Harnuntersuchung aus.

Die Therapie bestand in Auskratzen mit dem scharfen Löffel und Jodoform. Die ungemein grofse Schmerzhaftigkeit verschwand nach der ersten Applikation von Jodoform. Heilung in drei Wochen.

Fall II. Hier handelte es sich um ein sechsmonatliches Kind. Vater im letzten Stadium der Lungenschwindsucht. Mutter gesund. Schläft mit den Eltern in einem Bett. Kräftig entwickelt, Allgemeinbefinden gut, kräftige Konstitution, innere Organe ohne Befund. Auf der linken Wange seit zwei Monaten ein zehnpfennigstückgrofses Geschwür von rundlicher Form, unregelmäfsigem gezackten Rand, von einer lividroten

Zone umgeben. Der Grund des Geschwürs, mit den bekannten grauroten Granulationswärzchen bedeckt, reicht bis ins subkutane Gewebe. Keine Infiltrationsherde.

Die Diagnose bestätigte der Nachweis zahlreicher Tuberkelbacillen im Strichpräparat.

Therapie: Auskratzen und Applikation von Emplastrum cinereum americanum.

Nach acht Tagen um die Hälfte verkleinert, nach weiteren 14 Tagen Heilung mit hypertrophischer Narbe.

Fall III. Elfjähriges uneheliches Mädchen. Adoptivvater an vorgeschrittener Lungentuberkulose seit Monaten arbeitsunfähig, Mutter sehr anämisch, jedoch an den Lungen nichts nachweisbar.

Patientin früher immer gesund, kräftig entwickelt, hat seit ungefähr einem halben Jahre am Kinn ein allmählich gröfser werdendes Geschwür, das jetzt einen Durchmesser von 2—2½ cm mit im allgemeinen denselben Charakteristicis wie Fall II, nur war die Empfindlichkeit nicht so grofs, und war, was ich besonders hervorheben möchte, eine ganz bedeutende Verhärtung des Randes und des Grundes vorhanden, so dafs ich das Ulcus zuerst für ein primäres Syphilid hielt und erst die genauere Betrachtung mich an Tuberkulose denken liefs, welch letztere Diagnose durch den Bacillennachweis bestätigt wurde.

Therapie wie Fall I. Nach drei Wochen bis auf linsengrofse Stelle vernarbt, die als ich das Kind drei Monate später sah, immer noch secernierte und wenig Tendenz zur Heilung zeigte. Der fernere Verlauf unbekannt.

Weiterer differential-diagnostischer Betrachtung von Fall II und III enthebt mich der mikroskopische Nachweis des Kochschen Bacillus. Nur die Abgrenzung von der häufigsten Form der Hauttuberkulose, des Lupus vulgaris, bedarf einer genaueren Beleuchtung. Doch bieten beide Affektionen trotz der gleichen Ätiologie ein ganz verschiedenes Bild, so dafs eine Differenzierung im Allgemeinen auch nicht zu den Schwierigkeiten gehört.

Die Diagnose Lupus steht und fällt durch den Nachweis oder den Mangel seiner Primäreffloreszenz, dem in das Cutisgewebe eingesprengten, unter Glasdruck nicht verschwindenden und der Sonde wenig Widerstand leistenden gelblich-braunen Lupusknötchen. In beiden Fällen, die besonders infolge des jugendlichen Alters leicht den Gedanken an einen beginnenden Lupus erwecken können, ist nichts hiervon zu sehen. Nehmen wir noch hinzu, dafs die Entwickelungszeit immerhin für Lupus etwas rasch wäre, ferner den verhältnismäfsig reichlichen Bacillenbefund, so ist dieses etwaige differential-diagnostische Bedenken wohl hinfällig. Vielmehr können wir auch nach unserer Beobachtung sagen, die wirkliche ulceröse Hauttuberkulose bietet ein so scharfes klinisches Bild, unterscheidet sich von anderen, speziell den übrigen tuberkulösen Hautaffektionen, hinreichend, um sich gut abgrenzen zu lassen.

In Bezug auf den accidentiellen Ursprung in unseren Fällen haben wir schon bei der Anamnese genügend Rücksicht genommen, jedoch aufser allgemeinen Anhaltspunkten nichts eruieren können.

Im Fall I, Hauttuberkulose sekundärer Art, dürfen wir, da der Mann

der Frau als vollkommen gesund und speziell nicht an Urogenitaltuberkulose leidet, da ich ferner dem ganzen Wesen der Patientin nach eine illegitime Acquirierung ausschliefsen möchte, wohl bei dem Nächstliegenden stehen bleiben und annehmen, dafs der Primärherd des Tuberkelvirus die Lungen der Patientin selbst sind und die Übertragung wahrscheinlich durch die Hände geschehen sein wird.

In Fall II und III gehen wir wohl kaum fehl, wenn wir die Tuberkulose der Väter als den Ursprungsort annehmen, während in Bezug auf die Art und Weise der Übertragung uns die Anamnese keinen Anhaltspunkt giebt. Daraus läfst sich nur das eine schliefsen, dafs eine irgendwie nennenswerte Verletzung nicht vorausgegangen war, es sich also um die Infektion einer unbedeutenden Gewebsläsion handeln mufs.

Die Prognose wird bei beiden Formen der Hauttuberkulose fast von allen Autoren ziemlich ungünstig gestellt. Bei der sekundären Form bedingt dies ja die vorausgehende Eingeweidetuberkulose. Doch eine Heilung der sekundären lokalen Hauterkrankung herbeizuführen, scheitert in den meisten Fällen auch daran, dafs dieselbe meist an Orten, wie Mund und After, sitzen, wo sie immer neuen Infektionen mit frischem Tuberkelvirus ausgesetzt sind. Sitzt dagegen, wie in unserem Falle, die Affektion an den äufseren Genitalien — die Intaktheit der inneren Genitalien vorausgesetzt —, so können wir den Zwischenträger, der wohl immer der Finger sein wird, bei der nötigen Sorgfalt ausschalten und einen neuen Schub von Tuberkelbacillen ausschliefsen. In solchen Fällen ist die Prognose bei weitem besser, und läfst sich eine Heilung der lokalen Affektion erhoffen.

Ist dann in zweiter Linie noch die innere Tuberkulose nicht zu weit vorgeschritten, und ist eine merkliche Konsumption der Kräfte noch nicht eingetreten, dann läfst sich meiner Ansicht nach mit chirurgischen und medikamentösen Eingriffen fast immer Heilung erzielen.

Für die primäre Form der Hauttuberkulose stellt sich die Prognose im allgemeinen besser. Mit der nötigen Energie läfst sich der lokale Prozefs, wenn die Infektion nicht auf eine allzugrofse Wundfläche erfolgt, wohl immer beherrschen. Die Gefahr beruht hier natürlich in einer Allgemeininfektion, und diese kann sich an eine kleine lokale Erkrankung, wenn auch nur selten, viel eher natürlich an eine grofse infektiöse Läsion anschliefsen.

Therapeutisch kann ich das in den Krankengeschichten angegebene Verfahren nur empfehlen. Vor allem hat sich das Jodoform, speziell auch in seiner schmerzlindernden Nebenwirkung, wieder glänzend bewährt. War doch die einmalige Anwendung im stande, die sehr heftigen Schmerzen in Fall I völlig zu coupieren.

Noch eine andere Frage, auf die uns unsere Fälle hinweisen, will

ich kurz streifen: die Frage der Prophylaxe der Tuberkulose. Unsere Patienten illustrieren uns deutlich, wie ungemein wichtig es ist, die Phthisiker darauf hinzuweisen, welch eine Gefahr sie für ihre Umgebung sind und wie sie dieselbe herabsetzen oder ganz beseitigen können. Es ist jedoch hier nicht der Ort, auf diese grofse Frage der sozialen Hygiene näher einzugehen. Es sind viele und gute Leitsätze aufgestellt worden, aber die Umsetzung ins praktische Leben läfst noch vieles zu wünschen übrig.

Aus der Praxis.

Über Myronin.

Von

Dr. J. Nemann.

Unter dem Namen Myronin bringt die chemische Fabrik Eggert & Häckel in Berlin seit einiger Zeit eine Fettsubstanz in den Handel, welche nach Eggert (*Dermat. Zeitschr.* Bd. II. Heft 2) hervorragende Eigenschaften, speziell für die Verwendbarkeit als Salbengrundlage, besitzt.

Obschon jetzt ein Mangel an einer geeigneten Salbenbasis nicht mehr vorliegt, so schien es doch der Mühe wert, auch mit diesem Mittel Versuche anzustellen, und auf Ersuchen von Herrn Dr. Unna unternahm ich in seiner Poliklinik für Hautkrankheiten eine Versuchsreihe über die Verwendbarkeit des Myronins und der damit hergestellten Salben.

Das Myronin ist ein gelbliches, leicht aromatisches Fett von butterähnlicher Konsistenz und sehr grofser Haltbarkeit, so dafs es sich selbst nach monatelangem Stehen nicht im geringsten verändert hat. Es läfst sich leicht mit Pulvern und wässerigen Lösungen zu Salben verarbeiten, scheint jedoch wegen seiner hierfür zu festen Konsistenz zur Herstellung von Pasten, wie sie die poliklinische Praxis hauptsächlich erfordert, nicht geeignet zu sein.

Das Myronin kam rein zur Anwendung bei Fällen von trockenem, schuppendem, oberflächlichem Ekzem und hat hier gewöhnlich schon nach mehrmaligem Gebrauch den Juckreiz gemildert und die Neigung zur Schuppenbildung beseitigt. Beim Kopfekzem der Kinder war es zur Aufweichung der Krusten seiner Konsistenz wegen nicht gebrauchsfähig.

Zehnprocentige Zinkmyroninsalbe wandten wir mit Erfolg an bei Intertrigo, bei nässenden und krustösen Formen des Ekzems und zur Nachbehandlung bei Impetigo vulgaris. Auch bei rissigen Handekzemen

hat sie zur Anfangsbehandlung gute Dienste gethan. Nur bei sehr starkem Nässen liefs sie uns mehrfach im Stich.

Myronin-Zinkschwefelsalbe (= 10%) hat bei veraltetem Ekzem zuweilen eine ausgezeichnete Wirkung gezeigt.

Chrysarobin wird bei seiner Mischung mit Myronin an der Luft sehr schnell oxydiert und in chrysophansaures Alkali umgewandelt, so dafs dieses so vielseitig und kräftig wirkende Mittel in Verbindung mit Myronin nicht angewendet werden kann.

Sehr gut dagegen bewährte sich eine Myroninsalbe mit Argentum nitricum (1%) und Balsamum peruvianum (10%) bei oberflächlichen Wunden, speziell auch bei Beingeschwüren, wo sie stets vertragen wurde, schnell zu Granulationen anregte und unter Zinkleimverband in verhältnismäfsig kurzer Zeit Heilung erzeugte.

Auch eine Quecksilber-Myroninsalbe (33%) war uns zur Verfügung gestellt und bei einer Reihe von Syphilitischen zur Anwendung gebracht. Sie wurde von den Kranken wegen ihrer leichten Verreibbarkeit gern gebraucht und brachte die Erscheinungen in verhältnismäfsig kurzer Zeit zum Schwinden. Stärkere Salivation und sonstige Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet, jedoch trat hierbei gerade der Nachteil einer poliklinischen Prüfung zu Tage, weil öfters wegen Fortbleibens der Patienten und wegen der Unkontrollierbarkeit der Anwendung eine genaue Untersuchung der Wirkung des Mittels im einzelnen Falle unmöglich gemacht wurde.

Andere mit Myronin hergestellte Salben wurden zu wenig angewendet, als dafs über ihre Wirksamkeit geurteilt werden könnte.

Im ganzen kann man wohl sagen, dafs das Myronin eine Bereicherung des dermatologischen Arzeneischatzes darstellt. Es wird hier nur einen beschränkten Wirkungskreis haben, aber es wird mit sehr gutem Erfolge bei denjenigen Krankheiten angewendet werden können, bei denen es darauf ankommt, die Haut mit einer fetten Salbe zu decken und Arzeneistoffe in einem sehr fettreichen, ziemlich konsistenten und doch sehr geschmeidigen Medium auf die afficierten Stellen zu bringen. Im übrigen wird es auf den Kostenpreis des Vehikels ankommen, ob es sich neben Adeps lanae, Adeps suillus und Vaselin eine dauernde Stelle im Arzeneischatz erobern wird.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland.

Sitzung vom 26. Juni 1895.

(*The British Journ. of Derm.* August 1895.)

Vorsitzender: Dr. Pye-Smith.

Dr. Shephard Taylor spricht über einen **Fall von abnormem Wachstum der Fingernägel.** Die 73jährige Frau hat sich stets einer vorzüglichen Gesundheit erfreut; ihre fünf Kinder leben und sind gesund. Vor elf Jahren verletzte sie sich am rechten Daumen, nahe dem Nagel. Kurze Zeit darauf begann derselbe nach innen zu wachsen und nahm eine abgerundete Form an. Der Nagel des Zeigefingers derselben Hand entwickelte sich in ähnlicher Weise, bis er einen Zoll lang geworden war. Der operierte Nagel wird vorgezeigt.

Dr. Pye-Smith bemerkt, dafs hypertrophierte Nägel oft eine beträchtliche Länge erreichen und gelegentlich die Form von Krallen annehmen, wie wir sie bei Raubvögeln vorfinden. Dieselbe Mifsbildung trifft man zuweilen bei in Käfigen aufgezogenen Löwen an. Bei Kaninchen können die Zehen zu einer beträchtlichen Länge anwachsen, wenn sie nicht der Reibung ausgesetzt werden. Das vorgelegte Präparat erinnere ihn an eine Exkrescenz, die, wie ein Horn eines Steinbocks, von einer Talgdrüsencyste am Halse einer alten Frau operativ entfernt worden ist und gegenwärtig im Museum von Guys Hospital sich befindet.

Dr. A. Eddowes stellt einen Patienten mit einer **Hypertrophie des Nagels** der grofsen linken Zehe vor, der nach rückwärts gekrümmt ist. Der abnorme Zustand beschränkt sich auf zwei Drittel des Nagelbettes und wird auf das Tragen kurzer Schuhe zurückgeführt. Der Nagel der rechten grofsen Zehe ist in ähnlicher Weise hypertrophisch. Die Länge beträgt das Sechsfache der Norm. Vortragender schlägt zum Zwecke der Heilung Kauterisation des Nagelbettes vor.

Dr. Bidwell rät zur vollständigen Entfernung der Matrix, um eine neue Nagelbildung zu verhindern.

Dr. Pye-Smith schreibt den Zustand einer Affektion der Nagelmatrix zu.

Dr. S. Wilks macht auf die atrophischen Linien aufmerksam, welche man zeitweilig bei akuten Krankheiten auf Nägeln sieht. Das Eintreten der Besserung im Allgemeinbefinden wird dann durch zunehmende Dicke der Nägel angedeutet.

Dr. Eddowes zeigt einen **Fall von Angiokeratosis** an der Aufsenseite des rechten Beines einer 50jährigen, verheirateten Frau. Einige variköse Venen, welche sich früher über den befallenen Teil hinzogen, scheinen jetzt von der Keratosis vollständig obliteriert zu sein. Die Haut der ergriffenen Stelle war zeitweilig aufserordentlich rauh. Unter der Behandlung mit Kreolin und Zinkleim besserte sich der Zustand.

Dr. Stowers zeigt einen **Fall von chronischer Erkrankung der Nägel** bei einem 36jährigen Dienstmädchen, das früher an Anämie und allgemeiner Schwäche gelitten hat. Seitdem sie ihre vor zehn Jahren verstorbene Mutter Tag und Nacht gepflegt hat und für Monate nicht aus dem Hause gekommen war, fühlt sich die Patientin nicht mehr recht wohl. Sie hat niemals eine Hautkrankheit gehabt. Vor 2½ Jahren zeigten sich auf dem Nagel des rechten Zeigefingers Flecke, denen Verdickung und Spaltung und etwas Absonderung unterhalb des Nagels folgte. Die Affektion leitete sich durch prickelnden Schmerz ein. Gegenwärtig ist der Nagel

entfärbt und unregelmäfsig in Gestalt und Struktur. Auf dem Nagel sieht man Längsfurchen und wie dünne Platten übereinandergelagerte Abscheidungen; darunter Anhäufung von Epithel. Die Längsstreifen reichen nicht bis zur Nagelmatrix. Auf dem Nagel über dem Nagelbett sind zahlreiche weifse Flecke und Vertiefungen. Die Nägel sind brüchig und brechen, wenn sie nicht oft geschnitten werden, leicht ab. In ähnlicher Weise ist der Daumennagel der rechten Hand ergriffen, ebenso die übrigen Nägel, letztere jedoch in weit geringerem Grade. Redner bemerkt, dafs idiopathische Affektionen der Nägel, soweit sie durch strukturelle Veränderungen charakterisiert sind und weder auf Syphilis, noch auf Mikroorganismen zurückgeführt werden können, sich sehr häufig mit Psoriasis und Ekzem vergesellschaften. Die Psoriasis ungium ist von entzündlichen Erscheinungen, heftigem Schmerz oder Vereiterung der Matrix nicht begleitet, aber sie ist oft kombiniert mit dem charakteristischen Ausschlag auf der Haut, so dafs ein Zusammenhang zwischen beiden unverkennbar ist. Das Eczema ungium sieht man meist zusammen mit dem Ekzem der Hände. Der entzündliche Prozefs pflegt sich von den Händen auf die Nägel auszudehnen und sekundär die Nagelmatrix anzugreifen.

Diskussion.

Dr. Pye-Smith bemerkt, dafs nach seinen Erfahrungen diese Nagelkrankheit häufiger bei alten, als bei jungen Leuten vorkomme und sehr schwer zu heilen sei. Er glaube aber, dafs sie auch ohne Ekzem oder Psoriasis auftreten könne.

Dr. S. Taylor erwähnt einen ähnlichen Fall bei einem Knaben, dessen Nagelerkrankung mykotischen Ursprunges zu sein schien.

Dr. Bedwell erinnert sich eines ähnlichen Falles, der sich besserte, als der Patient seinen Aufenthaltsort und seine Berufsthätigkeit wechselte.

Dr. Crocker hat die Beobachtung gemacht, dafs derartige Fälle durch innerliche Gaben von Arsenik günstig beeinflufst wurden. Er glaube, dafs der vorstehende Fall eher an Ekzem, als an Psoriasis erinnere. *C. Berliner-Aachen.*

Vereinigung amerikanischer Ärzte für Harn- und Geschlechtskrankheiten.

Jahresversammlung, abgehalten am 28. und 29. Mai 1895 zu Niagara Falls.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Juli 1895.)

Vorsitzender Dr. B. Bangs - New York spricht über **Tuberkulose und Neoplasmen der Blase. Chirurgische oder hygienische Behandlung?** Die Diagnose der Blasentuberkulose ist im Beginn sehr schwierig und zweifelhaft. Gleichwohl ist es von aufserordentlicher Wichtigkeit, die Krankheit rechtzeitig in ihren ersten Anfängen zu erkennen, da nur im frühen Stadium Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf Beseitigung der Lebensgefahr vorhanden ist.

Vortragender zieht folgende Schlüsse aus seinen Betrachtungen: 1. Die beginnende Tuberkulose der Blase sollte eher einem hygienischen Regime als der chirurgischen Behandlung unterworfen werden; 2. die Anfangsstadien der Blasenneoplasmen dagegen sind einem chirurgischen, und zwar möglichst radikalen Eingriffe zu unterwerfen.

Diskussion.

Dr. J. Bryson - St. Louis stimmt mit den Ausführungen des Vorredners im allgemeinen überein. Auch er halte es für wichtig, frühzeitig die Diagnose zu stellen. Sorgfältige Untersuchung der Pars prostatica urethrae mittelst des in das Rectum eingeführten Fingers und wiederholte Untersuchungen der Urinsedimente auf Bacillen werden uns hierbei unterstützen.

Dr. G. W. Allen-Boston erwähnt einen Fall, der vor sechs Monaten in seiner Behandlung gewesen. Die Blasenerscheinungen waren sehr ausgesprochen, häufiges

und schmerzhaftes Harnlassen, trüber Urin, der Tuberkelbacillen enthielt. Die Blase und der Nebenhoden auf einer Seite fühlten sich hart an und waren geschwollen. Der Patient wurde ausschliefslich einer hygienischen Behandlung unterworfen. Die Symptome verschwanden nach und nach, und gegenwärtig befindet sich der Mann vollkommen wohl.

Dr. Bryson hat, was die interne Behandlung betrifft, von einfachen Hypophosphiten gute Wirkungen gesehen. Nicht besonders wirksam fand er den Leberthran, während das Öl des gelben Sandelholzes den sehr lästigen Harndrang besserte. Manche Patienten erfuhren Erleichterung in ihrem Leiden von einem Aufenthalte im südlichen Californien.

Dr. E. Fuller-New York lobt ebenfalls den Gebrauch der Hypophosphite. Der Leberthran sei, wo er gut vertragen werde, von Vorteil. Auch der Alkohol wirke, in gewissen Formen verabreicht, zuweilen gut, während er in anderen Fällen manchmal eine stärkere Blasenreizung hervorrufe.

Dr. G. Chismore-San Francisco meint, dafs die Schmerzen, über welche die Patienten klagen, zuweilen auch auf die Untersuchungsmethoden und die Bemühungen, die Ursache des Leidens zu ergründen, zurückzuführen wären, wofür er einen Fall aus seiner Praxis beschreiben wolle.

Dr. W. Otis-New York spricht über **Hämaturie**. Die Anwesenheit von Blut im Urin ist ein Symptom einer Verletzung, die je nach ihrem Sitze und ihrer Ursache bedeutungslos oder lebensgefährlich sein kann. Vortragender zeigt verschiedene Methoden, um Blut im Urin nachzuweisen. Hat man sich zuerst vergewissert, dafs Hämaturie vorliegt, so erwachsen für den Arzt die nächsten, die leichten Aufgaben, die Lokalisation und die Ursache der Blutung festzustellen. Ist der Sitz der Hämorrhagie in der Urethra anterior zwischen dem Orificium externum und dem Musculus compressor urethrae, so wird das Blut, wenn in hinreichender Menge vorhanden, zur Harnröhrenöffnung nach aufsen abfliefsen oder kann mit den Fingern herausgepreſst werden. Wenn die Hämorrhagie in der Urethra posterior zwischen dem Musculus compressor und dem Sphincter vesicae internus gelegen ist, so wird das Blut bei hinreichender Quantität in die Blase abfliefsen und den Sitz der Blutung unentschieden lassen. Bei Blutungen aus der Urethra posterior ist in den meisten Fällen beträchtlicher Harndrang vorhanden, doch kann derselbe gelegentlich auch fehlen. Ist der Herd der Blutung innerhalb der Blase, so wird der Urin innig mit dem Blute vermischt sein, und ist die Hämorrhagie profus, so bilden sich zuweilen Blutklumpen, die insofern ein diagnostisches Merkmal abgeben können, als sie bei einer gewissen Gröfse die Ureteren nicht passieren und somit auch nicht aus der Niere stammen können. Einige Autoren wollen an der Farbe des Blutes den Ursprung desselben erkennen. Doch ist dies ein unzuverlässiges Merkmal. Die mikroskopische Untersuchung des Urins ergiebt zuweilen Anzeichen des Vorhandenseins irgend einer Neubildung in der Blase, während andererseits die Entdeckung von blutkörperchenhaltigen Abgüssen, sog. „Blutcylindern“, auf eine Läsion in der Niere hindeuten. Wo die angegebenen Merkmale im Stiche lassen, wird man mittelst Katheters, der Sonde, des Elektrocystoskops Sitz und Ursache der Blutung festzustellen suchen. Auch die bimanuelle Palpation der Blase von der Bauchwand und vom Rectum aus kann bezüglich des Vorhandenseins von Neubildungen, Steinen etc. zuweilen Aufschlufs geben. An letzter Stelle, wenn die Blutung heftig ist und lange dauert, mag es gestattet sein, den explorativen suprapubikalen Blasenschnitt zu machen.

Diskussion.

Drs. Glenn-Nashville, Bryson, Palmer heben den Wert der Cystoskopie für die Differentialdiagnose der Hämaturie an prägnanten Beispielen aus ihrer Praxis hervor.

Dr. Taylor-New York spricht über **Blennorrhoe beim Weibe.** Redner zeigt, wie sich unsere Kenntnisse bezüglich der Infektiosität oder Nichtinfektiosität der Blennorrhoe durch die Entdeckung des Neisserschen Gonococcus erweitert haben. Die Blennorrhoe beim Weibe ist weniger häufig als beim Manne. Sie kann eine ascendierende sein und so den ganzen Uterus, die Tuben, die Ovarien, das Peritoneum befallen. Derartig erkrankte Patienten sind gewöhnlich steril, leiden an mehr oder weniger intensiven Beschwerden, Kopfschmerzen und kommen physisch wie geistig herunter. Relativ häufig werden die Frauen von ihren Männern angesteckt, die sich für geheilt ansahen. Nach neuerlichen Untersuchungen ist nachgewiesen, dafs Erkrankungen der Urethra und der Cervix uteri bei Frauen über 20 Jahre in den meisten Fällen auf Blennorrhoe zurückzuführen sind. Die blennorrhoische Vaginitis wird zwar vielfach geleugnet, doch ist es zweifellos, dafs sie vorkommen kann. Redner bespricht das klinische, wie anatomische Bild der Blennorrhoe des Weibes.

In der Diskussion erwähnt Dr. B. Lewis-St. Louis Wertheims Untersuchungen bezüglich der Blennorrhoe beim Weibe.

Injektionen von Jodoformsalbe bei der Behandlung der suppurativen Adenitis der Leistendrüsen, von Dr. J. Hayden-New York. Bei der Behandlung der eiterigen Bubonen ist hauptsächlich dreierlei zu erstreben: 1. das rasche Verschwinden der Bubonen; 2. die Linderung der Schmerzen; 3. eine möglichst wenig kompromittierende Narbe in der Leistengegend. Um dieses alles zu erreichen, empfiehlt Vortragender folgendes Verfahren: Das Operationsfeld wird glatt rasiert und gründlich rein gewaschen; sodann werden einige Tropfen einer 4%igen Kokainlösung an der Stelle unter die Haut eingespritzt, wo wenige Minuten später ein kleiner Einstich gemacht und der Eiter herausgelassen resp. herausgedrückt wird. Die Abscefshöhle wird hierauf mit reinem Hydrogenium peroxydatum ausgespritzt, bis die Flüssigkeit vollständig klar zurückkommt, sodann weiter mit einer Sublimatlösung (1 : 5000) gründlich ausgewaschen. Endlich wird in die Höhle eine 10%ige Jodoformsalbe injiciert. Auf die Stelle wird dann ein in Sublimatlösung getauchtes Wattebäuschchen gelegt und befestigt und der Patient angewiesen, sich für die nächsten 48 Stunden ruhig zu verhalten. Der Verband wird am dritten oder vierten Tage entfernt.

Dr. Otis hält die Methode nach seinen Erfahrungen für sehr gut. Nur ist eine einzige Einspritzung nicht immer genügend. Statt des stark riechenden Jodoforms habe er mit demselben zuweilen mit besserem Erfolge Perubalsam, auch Jodol gebraucht.

Dr. Post glaubt nicht, dafs für alle Fälle von Bubonen ein und dieselbe Methode erfolgreich angewendet werden könnte.

Dr. J. Bell-Montreal meint, dafs die beschriebene Methode sich nur für eine relativ kleine Zahl von Fällen eigne. In den meisten Fällen empfehle sich die Enukleation der vereiterten Drüsen, die durchaus keine ernste Operation sei.

Dr. Otis widerspricht dem Vorredner.

Über die Infiltrationsmethode der lokalen Anästhesie in der Urogenitalpraxis spricht Dr. B. Lewis-St. Louis. L. hat die Schleichsche Methode in seiner Praxis angewendet und gefunden, dafs die von Schleich vorgeschriebene Lösung noch stärker anästhesierend wirke, wenn sie kalt eingespritzt werde. Zu diesem Zwecke soll vor und während der Operation die Lösung auf Eis kalt gehalten werden. L. hat die Infiltration angewendet bei der Enukleation von Bubonen, bei Eröffnung von Prostataabscessen durch das Perineum, bei Circumcisionen und bei kleineren, namentlich mehr oberflächlichen Eingriffen, während die Schleichsche Methode bei tieferen Eingriffen nicht immer wirksam sei.

Dr. Bryson hat unter der Kokainanästhesie die vollständige Kastration wegen Prostatahypertrophie ausgeführt. Namentlich bei alten Leuten würde er das Kokain dem Chloroform unbedingt vorziehen. Doch sei auch beim Kokaingebrauch grofse Vorsicht geboten.

Dr. Chismore hat wiederholentlich Cirkumcisionen unter Kokainanästhesie ausgeführt. Die Patienten empfanden nur sehr wenig oder gar keine Schmerzen.

Dr. Palmer sagt, dafs eine 10%ige Antipyrinlösung, nach dem Gebrauche von Höllenstein in die Blase eingeführt, augenblicklich den Schmerz unterdrückt. Er halte die Antipyrinlösung für ebenso wirksam wie das Kokain.

Bemerkungen über die Samenbläschen macht Dr. E. Fuller-New York und demonstriert Abbildungen, die demnächst in Verbindung mit einer ausführlichen Beschreibung in einem besonderen, vom Vortragenden verfafsten Buche zur Veröffentlichung kommen werden. *C. Berliner-Aachen.*

New Yorker Akademie der Medizin.

Sitzung vom 12. Februar 1895.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* April 1895.)

Dr. R. Guiteras spricht über **die gegenwärtige Behandlung der Urethritis in New York.** Nach einem kurzen Überblick über die in New York üblichen Methoden der Behandlung des Trippers teilt Vortragender seine eigene mit, welche ihm im Laufe der Jahre die relativ besten Resultate geliefert hat. Das akute Stadium behandelt er innerlich mit reichlichen kohlensäure- und citronensäurehaltigen Brauselimonaden als Verdünnungsmittel. Äufserlich werden zunächst leichte Adstringentia, insbesondere eine Lösung von Zincum sulfocarbolicum mit Zusatz von 8%igem Glycerin, dreimal täglich in die Harnröhre eingespritzt. Zuvor wird uriniert und die vordere Harnröhre mit heifsem Wasser abgewaschen. Solange noch entzündliche Erscheinungen an der Eichel oder an der Vorhaut bestehen, werden die Injektionen ausgesetzt und statt ihrer die Verdünnungsmittel, ferner heifse Sitzbäder, Purgantien, reichliches Wassertrinken verordnet. Bei Urethritis posterior mit Harndrang, Tenesmus ist Bettruhe geboten; jede Einspritzung wird unterlassen. Der Patient nimmt zwei Sitzbäder täglich, trinkt vorwiegend Milch und Vichybrunnen. Gegen den Harndrang und den Tenesmus giebt G. mehrere Male täglich zehn Tropfen Belladonnatinktur als Zusatz zu den Verdünnungsmitteln. Sobald die akuten Symptome nachgelassen haben, werden jeden zweiten Tag ganz schwache Höllensteinlösungen in die hintere Harnröhre eingespritzt. Innerlich erhält der Patient Sandelöl in verstärkender Dosis, mit 15 Tropfen beginnend. Zeigt sich der Ausfluſs hartnäckig, so werden Irrigationen von Kaliumpermanganatlösung 1:3000 täglich vorgenommen. Die Erfahrungen, die Verfasser mit den angewandten Methoden gemacht hat, giebt er in folgenden Sätzen wieder:

1. Es ist unmöglich alle Fälle gleichmäfsig nach bestimmten vorgeschriebenen Regeln zu behandeln. Eine für alle Tripperfälle erfolgreiche Methode ist noch nicht gefunden.

2. Die Spezialisten sind besser im stande Urethritis zu behandeln, als die Ärzte, welche die allgemeine Praxis ausüben.

3. Injektionen, welche den Ausfluſs zum Stillstand bringen oder stark vermindern, wie Sublimatlösung, Kaliumpermanganatlösung, Höllensteinlösung, sind die besten Mittel bei frischen Attacken; unter ihnen genieſst der Höllenstein mit Recht das gröſste Vertrauen.

4. In allen Fällen soll man die Patienten konservativ behandeln; die Behandlung soll je nach den Symptomen modificiert werden.

Dr. Swinburne legt viel Gewicht auf eine frühzeitige Behandlung der Blennorrhoe mit heifsen Irrigationen einer Kaliumpermanganatlösung 1 : 2000—1000. Die Lösung wird so heifs genommen, als es der Patient eben vertragen kann. Der Irrigator hängt etwa 1½ Meter über dem Kopfe des Patienten.

Dr. G. Brewer meint, dafs Guiteras' Behandlung die Heilung zu lange hinausziehe. Er halte frühzeitige Irrigationen mit schwachen Sublimatlösungen im Verlaufe einer akuten Urethritis am geeignetsten, die Symptome rasch zum Schwinden zu bringen. In der Mehrzahl der Fälle hört der Ausflufs innerhalb 8—10 Tagen entweder ganz auf oder wird wässerig. Von 250 mit Sublimatirrigationen behandelten Fällen acquirierten nur 2% eine Epididymitis, während von 350 gleichzeitig nach anderen Methoden behandelten Fällen 56 (also 16%) an akuter Epididymitis erkrankten.

Dr. Klotz kann im allgemeinen dem Vorredner beistimmen.

Dr. B. E. Vaughans letzter Vortrag vor seinem drei Wochen später erfolgten Tode behandelt: **Versuche mit tierischem Blutserum bei der Behandlung der Syphilis.** Die Thatsache, dafs die Tiere sich einer Immunität gegen das syphilitische Virus erfreuen, führte auf den Gedanken, Experimente mit Blutserum der Tiere anzustellen. Das Serum wurde aus dem Blute der Vena jugularis eines Pferdes erhalten. Das abgezapfte Blut blieb zunächst 48 Stunden unberührt, bis sich das Serum absonderte. Dasselbe wurde dann in sterilisierte Behälter gegossen und schliefslich in 15grammhaltige Flaschen gebracht, deren jeder zehn Tropfen einer 10%igen Karbollösung zugesetzt war. Drei Kubikcentimenter wurden subkutan in den Oberschenkel oder in den Penis eingespritzt. Von 20 Fällen trat nur bei zweien eine erhöhte Temperatur nach der Injektion auf, in vier Fällen zeigte sich eine Urticaria. Die Behandlung schien ein rascheres Verschwinden des Primäraffektes und der sekundären Hauterscheinungen zu bewirken. In einem Falle von syphilitischer Epididymitis ist der Tumor seit Beginn der Einspritzungen wesentlich kleiner geworden. Da Vortragender diese Experimente erst vor vier Wochen begonnen hat, so kann von einem abschliefsenden Urteil über die Heilwirkung dieser Serumtherapie nicht die Rede sein.

Sitzung vom 12. März 1895.

Dr. Taylor widmet dem verstorbenen Dr. Vaughan einen warmen Nachruf.

Dr. H. Lilienthal stellt einen **Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie** vor. Seit der Operation sind etwa fünf Wochen verstrichen. Die schweren Erscheinungen bei dem 56jährigen Patienten liefsen von Beginn an nach. Gegenwärtig braucht er nicht mehr katheterisiert zu werden. Er kann drei Stunden gehen, ohne Urin lassen zu müssen. Der Urin ist ganz klar geworden. Die Prostata ist seit der Operation um die Hälfte kleiner geworden.

Dr. Fuller demonstriert eine vergröfserte Prostata, die er einem 58jährigen Manne durch die suprapubikale Cystotomie exstirpiert hat. Der Patient befindet sich jetzt wohl. Das Präparat erweist sich als ein fibröses Gewächs.

Derselbe Redner spricht dann: **Über die klinischen Symptome der chronischen perivesikalen Entzündung.** Dieselbe pflegt in mehr oder weniger starkem Grade nach der suprapubikalen Cystotomie aufzutreten und hat zumeist ihre entferntere Ursache in einer Cystitis, sei es blennorrhoischer oder anderer Natur. Sie kann aber auch, ohne dafs eine solche früher bestanden hätte, auftreten. Zuweilen sind Blasentumoren die Ursache, und in sehr wenigen Fällen steht die perivesikale Entzündung in gar keiner Beziehung zu Blasenstörungen.

Die ausgesprochensten Symptome erweisen sich als Störungen beim Harnlassen. Die Kapacität der Blase ist vermindert. Der Patient mufs oft urinieren und läfst jedesmal nur kleine Quantitäten Urin. Es besteht Harndrang, Tenesmus, zuweilen

auch Incontinentia urinae. Das Urinieren ist nur selten schmerzhaft. Die Patienten klagen auch über dumpfe Schmerzen im Rücken und in der Perinealgegend. Die Therapie hat an erster Stelle das ursächliche Leiden zu beseitigen. Symptomatisch werden Narcotica angewendet werden.

Dr. A. Stein glaubt, daſs die vom Vorredner erwähnten Symptome auch von einer Kontraktion der Blasenwände herrühren könnten, und zwar als Folgeerscheinung einer Bindegewebshyperplasie und Hypertrophie der Muskelfasern.

Dr. S. Alexander sagt, die beschriebenen Symptome wären nicht absolut charakteristisch für die Pericystitis. Die von Fuller empfohlene Blasengymnastik, d. h. regelmäſsige Dehnungen der Blasenwände durch Injektionen von warmen antiseptischen Lösungen, halte er für schädlich. Jede mit Cystitis behaftete Blase ist vor allem mit Ruhe und Schonung zu behandeln. *C. Berliner-Aachen.*

Achtundzwanzigste ordentliche Versammlung der Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

Ein Fall von Alopecia areata neurotica, vorgestellt von Dr. Shurawell. Frau W., 27 Jahre alt, seit sieben Jahren verheiratet und Mutter von drei lebenden Kindern. Die Anamnese ergab nichts von einer spezifischen Infektion; die Katamenien waren sonst normal gewesen, aber in den letzten zwei Monaten blieben sie zurück. Patientin war während des ganzen letzten Jahres auſserordentlich nervös gewesen. Vor ungefähr einem Monat begannen die Haare auf einem etwa zweimarkstückgroſsen Gebiete über dem Scheitel an auszufallen. Diese Stelle wurde rasch gröſser, so daſs jetzt fast die ganze Kopfhaut kahl geworden ist, und das geringste Ziehen genügt schon, um die übrig gebliebenen Haare zu entfernen. An den kahlen Stellen schien die Haut auch atrophisch zu sein. Redner faſst das Leiden als eine wirkliche Neurose auf und beabsichtigt, Nervina und Tonica zu geben, sowie stärkende Lösungen zur äuſserlichen Applikation.

Ein Fall von Bromausschlag, vorgestellt von Dr. Jewett. Ein sechsjähriger Knabe acquirierte in der Rekonvaleszenz nach einer normal verlaufenen Pneumonie einen Ausschlag, der zunächst an der Lippe lokalisiert war und nachher die Oberschenkel, die Arme, den Hals und schlieſslich in geringem Maſse auch das Gesicht befiel. Die Affektion hatte die Gestalt von Papeln und erinnerte an Acne indurata. Als J. den Fall zuerst sah, war der Ausschlag an den Beinen am stärksten entwickelt und bestand aus einer auf einer harten, entzündeten und erhöhten Basis lokalisierten Ansammlung von Pusteln. Diese kranken Stellen waren auf Berührung entschieden empfindlich. Drei bis vier Tage vor dem Ausbruch des Ausschlages hatte das Kind etwa 0,6 g Ammonium bromatum täglich erhalten. Als das Mittel ausgesetzt wurde, verschwand der Ausschlag in kurzer Zeit.

Dr. Holsten hielt den Fall ebenfalls für einen Bromausschlag und sagte, daſs seiner Erfahrung nach die Ammoniaksalze leichter, als die anderen, einen Ausschlag hervorzurufen scheinen.

Dr. Wurmser stellte zwei Fälle von Lupus bei einer Frau und ihrer Tochter vor. Die Beobachtung hat insofern Interesse, als man daraus ersieht, wie diese Form der Hauttuberkulose von einer Lungentuberkulose übertragen werden kann. Der Vater des Kindes litt nämlich an Schwindsucht und war während seiner Krankheit mehrfach unachtsam in Bezug auf den Auswurf; er hatte die Gewohnheit, seine Lippen an dem gemeinsamen Handtuche abzuwischen, und seiner Frau (Mutter des Kindes) passierte es, daſs sie ihre Nase mit einem dieser beschmutzten Handtücher kratzte. Diese geringe Verletzung wurde der Sitz eines Knötchens, welches vereiterte und sich langsam weiter ausbreitete. Dieser Lupus entstand anderthalb Jahre vor

der Geburt des Mädchens, die ihrerseits im dritten Lebensjahre von der Krankheit ergriffen wurde. Die Läsionen waren an Lippe und Nase lokalisiert und breitete sich rasch weiter aus, ein deutlicher Beweis für die gröfsere Resistenzfähigkeit der Gewebe bei Erwachsenen, als bei Kindern. Beide Fälle waren ohne allen Zweifel echter, tuberkulöser Lupus, denn das Vorhandensein von Tuberkelbacillen wurde mit dem Mikroskope nachgewiesen.

Dr. Sherwell berichtete über einen **Fall von Varicella gangraenosa.** Derselbe betraf einen elfjährigen Knaben, der mit Fieber und Übelkeit erkrankte. Vierundzwanzig Stunden später trat an den Lippen ein purpuraartiger Ausschlag auf, welcher bald in Bläschen überging. Letztere wurden allmählich gangränös. Die Affektion entwickelte sich weiter, bis schliefslich der ganze Körper mit diesen purpuraartigen, resp. gangränösen Bläschen bedeckt war. Beim Ausbruch der Hautläsionen fiel die Temperatur, welche im Beginn der Krankheit hoch gewesen war, fast bis auf die Norm. Am fünften Tage schien es, als sei der Kranke in die Rekonvalescenz eingetreten, aber am siebenten Krankheitstage kollabierte er plötzlich und starb, wie man annehmen mufs, an inneren Hämorrhagien. Nach dem Tode waren eine ganze Anzahl grofser gangränöser Stellen an verschiedenen Teilen des Körpers noch zu erkennen. James Mc F. Winfield, M. D., Schriftführer.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Remscheid.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 32. Heft 1 und 2. 1895.

I. **Über die durch die elektrolytische Epilation hervorgerufenen histologischen Veränderungen,** von S. Giovannini-Turin. Verfasser hat sich bei seinen Untersuchungen zwei Aufgaben gestellt: 1. die während der elektrolytischen Epilation in den Haarbälgen entstehenden histologischen Veränderungen zu studieren; 2. die in diesen Haarbälgen nach vollzogener Epilation stattfindenden Modifikationen zu verfolgen.

Die durch die elektrolytische Epilation hervorgerufenen histologischen Veränderungen wurden sowohl an der Haut, als auch an den aus den Haarbälgen gezogenen Haaren studiert.

Als Untersuchungsmaterial dienten 21 Individuen im Alter von 17—41 Jahren. In der Mehrzahl der Fälle wurde die Epilation an den behaarten Unterschenkeln, und zwar an solchen Hautpartien vorgenommen, welche ein ganz normales Aussehen zeigten.

Die Stromstärke variierte je nach Bedürfnis zwischen 5—12 Elementen, resp. 0,5—1,5 M.-A. und wurde durch ein Edelmannsches Galvanometer gemessen.

Zur Epilation dienten drei Platin-Iridiumnadeln, wie sie nach Brocqs Vorschrift von C. Chardin in Paris angefertigt werden. Die Nadel wurde konstant mit dem negativem Pol in Verbindung gebacht und sorgfältig darauf geachtet, dafs dieselbe bei ihrer Einführung in einen Haarbalg von diesem nicht abwich. Der elektrische Strom wurde erst dann hindurchgeleitet, wenn die Nadel an Ort und Stelle safs und nach 15—30, seltener 40 Sekunden sistiert, worauf dann die Nadel aus dem Haarbalg gezogen wurde.

Im ganzen wurden 219 Haarbälge der Einwirkung des elektrischen Stromes unterworfen, die fast alle in der behufs mikroskopischer Untersuchung ausgeschnittenen Haut enthalten waren.

Die Untersuchung wurde an Hautstücken vorgenommen, die in verschieden langer Zeit nach der Epilation (von unmittelbar darauf bis 58 Tage später) excidiert waren.

Die Resultate seiner Untersuchungen teilt Verfasser in folgenden Schlußsätzen mit: „Trotz der größten Vorsicht gelingt es nur bei etwa der Hälfte der Fälle, die Nadel in der Richtung der Haarmatrix eindringen zu lassen; bei der anderen Hälfte weicht sie nach außen vom Haarbalg ab und entfernt sich so mehr oder weniger von der Matrix. Aber auch wenn die Nadel den ganzen Haarbalg durchläuft, sind Verletzungen der Haarbalgmembranen oft unvermeidlich. Beim Sondieren reißt die Nadel zuweilen Bruchstücke vom Haare und von den Wurzelscheiden mit sich nach außen vom Haarbalg.

Von den verschiedenen Geweben, die die Nadel bei ihrer Einführung in den Haarbalg durchsticht, sind besonders die Epithel- und Endothelzellen gegen die Wirkung der Elektrolyse empfindlich; die größte Widerstandsfähigkeit gegen die Elektrolyse besitzen dagegen das Fasergewebe und die Hornschicht der Epidermis. Eine unmittelbare Wirkung der Elektrolyse sind die verschiedengradigen Veränderungen, die in den Epithel- und Endothelzellen entstehen. Eine relativ geringgradige Veränderung manifestiert sich bei besagten Zellen durch Schrumpfung, Farblosigkeit oder intensive Färbung des Kernes; hierzu gesellt sich besonders in der Malpighischen Schicht oft nukleärer oder perinukleärer Hydrops. Bei sehr schwerer Veränderung findet vollständiger Zerfall der Zellen statt.

Während der Elektrolyse zerstreut sich in der Nähe der Nadel das Fett, besonders das der Talgdrüsen, und bilden sich mehr oder weniger große Hohlräume.

Die in den einzelnen Haarbälgen durch die Elektrolyse hervorgerufenen Veränderungen der Epithel- und Endothelzellen sind in der Mehrzahl der Fälle, sowohl in der Haarmatrix, wie Haarpapille und in der äußeren Wurzelscheide so ausgedehnte, daß die Epilation als vollständig gelungen betrachtet werden kann.

Die Wirkung der Elektrolyse erstreckt sich bald mehr oder weniger weit auf die um die Nadel liegenden Gewebe. Deshalb werden gewöhnlich die zu den elektrolysierten Haarbälgen gehörigen Talgdrüsen verletzt und ebenso auch in nächster Nähe derselben das Derma, die Epidermis und die Schweißdrüsen. Selbst die den elektrolysierten Haaren zunächst gelegenen kleinen Haare werden mit den zu ihnen gehörigen Talgdrüsen nicht selten durch die Elektrolyse zerstört.

Der Umstand, daß die Wirkung der Elektrolyse eine solche Verbreitung erfährt, trägt natürlich viel zum Gelingen der Epilation bei; denn es kann in dieser Weise die Zerstörung der Matrix und der Haarpapille auch dann erfolgen, wenn die Nadel durch diese Teile nicht direkt hindurchgeht, sondern sich ihnen nur nähert.

Bald nach erfolgter Elektrolyse der Haarfollikel tritt in den verletzten Teilen eine leichte Entzündung auf, die innerhalb weniger Tage verschwindet.

Am sechzehnten Tage nach der Epilation ist der größte Teil der nekrotisierten Gewebe schon ausgestoßen. Nach dieser Zeit bleiben von den elektrolysierten Haaren nur noch Bruchstücke verhornter Teile übrig; bis zum 58. Tage nach der Epilation können sich Hornzellenhaufen mitten im Derma eingeschlossen finden. Bis zu einem Tage nach der Epilation wird in der Nähe der durch die Elektrolyse zerstörten Teile noch keine Wucherung der Bindegewebs- und Epithelzellen wahrgenommen; vom dritten Tage an ist jedoch die Wucherung derselben schon eine sehr lebhafte.

Das Endresultat dieses Reparationsprozesses ist die Bildung eines Narbengewebes,

das in den Fällen, in denen die Epilation gelungen ist, die Haarfollikel zum Teil oder gänzlich verschliefst; an Stelle der elektrolysierten Haarbälge verbleiben nur mehr oder weniger flache Einsenkungen.

Am neunten Tage nach der Epilation ist die Vernarbung schon beim gröfsten Teile der Haarbälge weit vorgeschritten; nur um die mitten im Derma liegenden Hornsubstanzen geht sie sehr langsam von statten.

In dem die oben erwähnten Hornsubstanzhaufen umgebenden Granulationsgewebe sind schon vom vierten Tage an zahlreiche vielkernige Zellen vorhanden, und bis zum 58. Tage nach der Epilation können hier solche noch angetroffen werden.

Die von den zerstörten Haarbälgen übrig gebliebenen Einsenkungen werden mit Epidermis ausgekleidet.

Die den elektrolysierten Haarbälgen zunächst gelegenen Schweifsdrüsen bleiben nach der Epilation zuweilen zum Teil zerstört oder atrophisch. Bei Atrophie des Schweifsdrüsenknäuels konstatiert man Verdickung der Glashaut.

Die von der Elektrolyse betroffenen Talgdrüsen bleiben konstant zerstört; die Drüsenhöhlen verschwinden meistens gänzlich oder werden, wenn sie erhalten bleiben, mit Epidermis ausgekleidet.

Die Haarbälge, bei denen die Epilation nicht gelungen, bleiben nichtsdestoweniger ohne Talgdrüsen, und auch ihre Wurzelscheiden bleiben zum Teil zerstört.

Zur Zerstörung von Haaren, deren Länge 4 cm und deren Durchmesser 0,09 mm nicht überschreitet, mufs die Nadel mindestens 5 mm tief in den Haarbalg eingeführt werden; wird sie nur 3,5 mm tief eingeführt, so ist der Erfolg der Epilation ein unsicherer.

Die Zerstörung von Haaren, deren Länge 3 cm und deren Durchmesser 0,07 mm nicht überschreitet, kann durch Anwendung eines Stromes von mindestens 0,5—0,8 M.-A. bei 30 Sekunden langer Einwirkung erreicht werden. Ein 20 Sekunden lang einwirkender Strom von 0,08 bis 1,2 M.-A. vermag zuweilen auch die den elektrolysierten Follikeln zunächst gelegenen kleinen Haare zu zerstören. Die Zerstörung der Matrix kann auch stattgefunden haben, wenn nach Elektrolyse der Haarbälge die ausgezogenen Haare ihrer Wurzelscheiden ermangeln.

Umgekehrt darf das Vorhandensein der Wurzelscheiden an den aus den elektrolysierten Follikeln gezogenen Haaren nicht als Zeichen einer gelungenen Epilation betrachtet werden.

II. **Beitrag zur Kontroverse über die Natur der Zellveränderungen bei Molluscum contagiosum**, von M. Kyrmizky-Strafsburg. Beim Molluscum contagiosum sind als feststehend anzusehen: 1. die Kontagiosität der Affektion; 2. die Thatsache, dafs die Erkrankung mit Talgdrüsen nichts zu thun hat, sondern eine Epithelwucherung ist; 3. die Ansicht, dafs die Epithelwucherung vorzugsweise, wenn nicht ausschliefslich, von der Oberhaut ausgeht, und nicht von den Follikelausführungsgängen, resp. Haarwurzelscheiden. Strittig ist die Natur der Epithelveränderungen. Ob dieselben Degenerationsprodukte sind, oder, wie einige Autoren glauben, den organisierten Parasiten des Molluscum contagiosum darstellen, ist zur Zeit noch nicht entschieden.

Verfasser wirft einen Rückblick auf die Litteratur, welche sich mit dieser Frage beschäftigt hat, und teilt die Resultate seiner eigenen Untersuchungen mit, die er an den Fällen von Molluscum contagiosum angestellt hat, welche innerhalb von zwei Jahren an der Klinik und Poliklinik des Professors Wolff zur Beobachtung gekommen sind. An Schnitten, die nach der Alkohol-Celloidin-Methode gehärtet und einfach mit Hämatoxylin oder mit Unnas polychromem Methylenblau gefärbt sind (andere Färbungen geben ebenfalls gute Resultate), kann man folgende genetische Reihenfolge

der Veränderungen konstatieren: „Es sondert sich zunächst im Kern nicht tingierte, homogene, stark lichtbrechende Substanz ab, welche mannigfache Formen annimmt und den chromophilen Kernrest in dementsprechende Deformierungs-Figuren preßt, da die Kernmembran zunächst noch nicht nachgiebt. Nicht tingierte, stark lichtbrechende, homogene Substanz tritt dann selbstständig, unabhängig von der Kernveränderung, auch in dem Protoplasma des Zellleibes auf. Die homogene Substanz nimmt inzwischen sowohl im Zellleibe, als auch im Kerne stetig an Volumen zu. Die Zellmembran leistet dem starken Innendrucke genügend Widerstand, nicht so die Kernmembran; diese giebt dem Drucke der zunehmenden homogenen Substanz nach, sie verschwindet. Kerninhalt und Zellinhalt sind bald nicht mehr voneinander gesondert. Die Zellen haben in diesem Stadium das durchschnittliche Maximum ihrer Größe erreicht. Von jetzt ab nimmt die homogene, nicht tingierte Substanz stetig an Volumen ab, indem gleichzeitig die einzelnen größeren und kleineren homogenen Klumpen oft perlschnurartig sich aneinanderreihen und miteinander verschmelzen. Die homogene Substanz bildet so mehr oder weniger vollkommene Netze, durch welche die Protoplasmamischung in eine Anzahl von verschieden stark gekörnten und gefärbten Ballen abgeteilt wird. Unter diesen Ballen fällt gewöhnlich einer durch seine dunklere Färbung auf. Er beherbergt den Chromatinrest, den tinktoriell noch nachweisbaren Überrest des Kern- und Kernkörperchen-Chromatins. Dieser Chromatinrest, der noch in den eben beschriebenen Zellagen nur als dunkel gefärbter Ballen in dem Protoplasmagemisch auffällt, der aber allmählich, entsprechend der allgemeinen Volumabnahme der Zellen, zusammensintert und an Färbbarkeit etwas zunimmt, bekommt, ebenso wie die übrigen, weniger stark gefärbten Protoplasmaballen scharfe, aber unregelmäßige Konturen in denjenigen Zellen, in denen die Verschmelzung und Volumabnahme der homogenen, nicht tingierten Substanz ihren Höhepunkt erreicht hat. Während nun in den Zellen, in denen der Chromatinrest sichtbar ist, dieser seine scharfen Umrisse bis zuletzt behält, werden die Grenzlinien der Protoplasmaklumpen unscharf und verschwimmen allmählich mit den schmalen Streifchen ungefärbter Substanz. Gleichzeitig wird die Granulierung dieser Protoplasmaklumpen immer undeutlicher, unbestimmter, das Aussehen wird homogener. In diesem Stadium zuerst sieht man dann außerdem punktiert-granulierte Netzfiguren auftreten, unregelmäßig geformt, nicht scharflinig, aber deutlich dunkler gefärbt, als die Protoplasmaballen. Wo diese Netzfiguren liegen, ist oft schwer zu entscheiden, denn man sieht sie recht häufig in einer Ebene mit dem Chromatinrest, scheinbar mitten im Innern der Zellen. Bei richtiger Einstellung und durch recht schnelles Vor- und Zurückdrehen der Mikrometerschraube in raschem Wechsel betrachtet, sind diese Netzfiguren an günstig ausgesuchten Zellen als der optische Ausdruck für die durch die vorhergehende Volumzunahme gedehnte, jetzt aber dem zusammengesinterten Zellinhalt in Falten anliegende Zellmembran."

In morphologischer Beziehung ist von großem Interesse, daß an der Peripherie der Molluscumläppchen, also in den tiefsten Zellagen, in denen die Kernveränderung eben beginnt, die homogene, stark lichtbrechende Substanz mit einer auffallenden Regelmäßigkeit an dem in Bezug auf das einzelne Läppchen zentralwärts gelegenen Pole des Zellkerns abgeschieden wird.

Auf Grund seiner Untersuchung glaubt Verfasser 1., daß die Behauptung, die veränderten Zellen beherbergten Coccidien oder ihre Entwickelungsstadien, nicht mehr aufrecht zu halten sei, und 2. daß die ausgebildeten sog. Molluscumkörperchen in genetischem Zusammenhange mit normalen Zellen der Stachelschicht stehen.

III. **Über den Einfluß der Kasernierung der Prostituierten auf die Ausbreitung der Syphilis**, von W. Miehe-Schellerten bei Hildesheim. (Schluß.) Ver-

fasser bringt statistische Daten über die Verbreitung der venerischen Krankheiten, namentlich der Syphilis, in den verschiedenen Ländern Europas. Er kommt zu dem Schlufsresultat, dafs ein Vergleich hinsichtlich der Ausbreitung der venerischen Krankheiten in Ländern und Städten mit Kasernierung der Prostitution, gegenüber solchen ohne Bordells (soweit die Statistik, die leider in manchen Punkten in dieser Hinsicht noch recht mangelhaft ist, uns darüber Aufschlufs zu geben vermag) im grofsen und ganzen keineswegs zu Ungunsten der Bordelleinrichtungen ausfällt. Und es drängt sich daher die Frage auf, wie nun wohl in Deutschland unter eventueller Wiederzulassung der öffentlichen Häuser, zufolge der Lex Heinze, die Reglementation der Prostitution im einzelnen zu gestalten wäre, um die venerischen Krankheiten nach Möglichkeit einzudämmen. Verfasser fordert:

1. dafs das Prostitutionswesen einerseits, die allgemeine Prophylaxe der Syphilis andererseits in einheitlicher Weise geregelt werde;

2. dafs die Einzelkommunen durch Gesetz in einheitlicher Weise zur Wahrung der öffentlichen Gesundheit nach gewissen staatlich aufgestellten Prinzipien verpflichtet werden. Bei dem immer reger werdenden Verkehr der Kulturvölker untereinander ist die internationale Regelung der Prostitutions- und Syphilisfrage von grofser Bedeutung. Besonders ist der immer stärker werdende Seeverkehr, der in dieser Beziehung grofse Gefahren mit sich bringt. In erster Linie ist deshalb gerade in den Hauptseeplätzen auf eine energische Reglementation der Prostitution zu dringen und des weiteren für eine möglichst ausgiebige Hospitalisation der unterwegs erkrankten Schiffsmannschaften zu sorgen.

In allen Grofsstädten, auch des Binnenlandes, in denen eine Kontrollierung der einzeln wohnenden Dirnen nur schwer durchzuführen ist, sollte man dieselben nach Möglichkeit in Häusern und Strafsen zusammendrängen.

Verfasser erörtert dann eingehend, in welcher Weise die Kontrolle im einzelnen zu handhaben wäre.

Die Hauptergebnisse der vorliegenden Arbeit sind:

1. Die Kasernierung der Prostituierten ist eins der am sichersten und energischten wirkenden Mittel, die Ausbreitung der Syphilis zu verhindern.

2. Sie ist nicht das einzige, sondern nur ein Glied in der gröfseren Kette der Mittel zu diesem Zwecke.

3. Sie ist ein nur an bestimmten Plätzen und unter bestimmten Verhältnissen notwendiges Glied.

Eine tabellarische Zusammenstellung der statistischen Sanitätsberichte aus dem statistischen Bureau in Berlin und aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte beschliefst die umfangreiche Arbeit.

IV. **Über die lokalen Veränderungen nach intramuskulärer Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate**, von M. Wolters-Bonn. Die bisherigen in der Litteratur publicierten Untersuchungen haben ergeben, dafs die Injektionen unlöslicher Hg-Salze eine nachhaltige Wirkung auch nach Beendigung der Kur ausüben, dafs 1—2 Injektionen wöchentlich genügen, dafs von den unlöslichen Quecksilberpräparaten das salicylsaure Quecksilber am geeignetsten und von unangenehmen Nebenerscheinungen am wenigsten begleitet ist. Verfasser bediente sich mit grofsem Vorteile einer 10%igen Salicylquecksilberemulsion mit Paraffinum liquidum. Namentlich ist die Methode für die poliklinischen Patienten sehr praktisch. Trotz aller Vorsicht, mit der die Injektionen vorgenommen wurden, konnte Verfasser es dennoch nicht verhindern, dafs fast immer nach denselben sich gewisse Reizerscheinungen bemerkbar machten. Bei genauer Palpation der Glutaei wurden stets in der Tiefe kleine, feste Knoten von ungefähr Kirschgröfse wahrgenommen, die, wenn noch ziemlich frisch,

auf stärkeren Druck schmerzhaft waren. Verfasser hatte Gelegenheit, diese Knoten in der Muskulatur genauer zu studieren, als eine mit Injektionen von Salicylquecksilbersuspension behandelte Patientin an Phthisis pulmonum starb.

Die Härtung aus beiden Glutai excidierter Stücke geschah in Formalin, um den Blutgehalt nicht zu zerstören, sodann in absolutem Alkohol.

Schon makroskopisch konnte man vor der Härtung, nachdem Haut und Fett abpräpariert war, und der Glutaeus maximus zu Tage lag, eigentümliche, spindelförmige Herde sehen, welche in der Längsrichtung der Muskelfasern verliefen, verschieden lang bis zu 10 cm und darüber, bald breiter, bald schmäler, zumeist von der Dicke eines Bleistiftes waren. Sie kontrastierten deutlich durch ihren gelblich braunen Ton mit der rotbraunen Muskulatur und zeigten eine feste, derbe, sehnige Konsistenz. Ähnliche Herde, wie der Glutaeus maximus, zeigte auch der Glutaeus medius, während sich im Glutaeus minimus keine Veränderungen fand.

An Schnittpräparaten, die mit Hämatoxylin allein oder gleichzeitig mit Pikrinsäure, Pikrokarmin oder mit Orcein und Methylenblau gefärbt sind, sieht man bei schwacher Vergrößerung ein Netzwerk, bestehend aus größeren und kleineren, meist runden oder ovalen Räumen, die zwischen sich wiederum Gewebe mit kleinen, bei dieser Vergrößerung kaum angedeuteten Hohlräumen fassen. Überall bemerkt man zahlreiche Gefäße. Hohlräume und noch erhaltene Muskelquerschnitte liegen dicht nebeneinander, beide umfaßt von starken kernreichen Bindegewebszügen.

Bei starker Vergrößerung erweist sich die scheinbar noch normale Muskulatur bereits insofern verändert, als die bindegewebigen Septa verbreitert und kernreicher, dagegen die Muskelfibrillen an Masse verringert sind. Je näher man den eigentlichen Herden kommt, desto stärker wird diese Wucherung, so daß schließlich jede Muskelfaser von sehr kernreichem Bindegewebe begleitet und umhüllt erscheint. Während also die im Sarcolemma liegenden Muskelkerne vermehrt waren, fehlte eine Neubildung von muskulären Elementen, kernhaltigen Muskelspindeln; dagegen fanden sich in dem Bindegewebe zahlreiche Mastzellen.

Betrachtet man die Hohlräume näher, so sieht man hier und da an ihren deutlich konturierten Wandungen Auskleidungen wie die endotheltragender Gefäße, an anderen Stellen erblickt man nur einen fest an die Wand gedrückten Kern, der das Ganze als einer Fettzelle ähnlich erscheinen läßt, deren Volumen allerdings weit übertroffen wird. Zwischen den Räumen sieht man von zahlreichen, länglichen Kernen durchsetztes Gewebe, dem die elastischen Fasern bis auf Rudimente fehlen.

Bakterien, Reste von Quecksilber, Fibrin wurden trotz eifrigster Untersuchung nicht gefunden.

Im ganzen stellt sich der Prozeß als eine Atrophie der Muskulatur, stellenweise mit Zerfall der Substanz und Ersatz derselben durch Fettgewebe, analog der Atrophia musculorum lipomatosa, dar.

Danach erklärt sich dem Verfasser auch die Erscheinung, die er an der Glutealmuskulatur nach zahlreichen Injektionen in vivo beobachten konnte, daß nämlich nach und nach aus den straffen, festen Glutaei sich mehr hängende, schlaffe Muskelmassen herausbildeten.

V. **Der Einfluß des Oleum Santali auf das Bakterienwachstum, insbesondere der Gonokokken**, von F. C. Valentine-New York. Verfasser hat den Urin von Patienten, die tagelang Oleum Santali eingenommen hatten, als Nährboden verwandt. Von neun Versuchen, die er in dieser Richtung anstellte, gelang es dreimal, Gonokokken-Reinkulturen zu erhalten. Auch die übrigen Bakterien der Urethralflora zeigten ein üppiges Wachstum auf diesem Sandelölnährboden. Es ist also von Interesse, zu wissen, daß das Sandelöl sich zwar in praxi als ein wirksames

Antiblennorrhoicum erweist, während es thatsächlich eine spezifisch baktericide Wirkung auf die Gonokokken nicht zu entfalten scheint.

VI. **Defluvium capillorum universale. Pili annulati**, von E. Kivull-Wenden (Livland). Verfasser hatte Gelegenheit, im Jahre 1894 einen Fall von Alopecia praematura universalis oder Defluvium capillorum zu beobachten, die im Anschluſs an einen psychischen Choc aufgetreten ist. Die 20jährige Patientin wurde von dem vor drei Jahren erfolgten, plötzlichen Tode ihres Vaters heftig erschüttert. Seit der Zeit begannen die Haare auf dem Kopfe, schlieſslich am ganzen Körper nach und nach auszufallen. Der Haarausfall dauert bereits drei Jahre an. Die Patientin fühlt sich nicht schwach oder krank. Die Menses sind regelmäſsig. Die inneren Organe sind normal.

Die noch vorhandenen Haare sind dünn, atrophisch, wenig pigmentiert. Dasselbe gilt von den wenigen Haaren, die nachgewachsen sind. Mikroskopisch zeigen einige streckenweise spindelförmige Kerne in der Muskelsubstanz, die bei durchfallendem Licht weiſs, bei auffallendem schwarz erschienen, eine Erscheinung, die auf streckenweises Auftreten von Luft in der Marksubstanz zurückzuführen ist, wie sie Karsch zuerst an den sog. Pili annulati (Ringelhaaren) beschrieben hat. Als „Ringelhaare" sind jedoch nur die Haare mit überall gleichem Durchmesser und streckenweisem Auftreten von Luft in der Marksubstanz derselben zu bezeichnen, während bei den „Spindelhaaren" spindelförmige Anschwellungen mit zentraler Luftfüllung und Einschnürungen ohne Marksubstanz und ohne Luftgehalt streckenweise abwechseln.

VII. **Ein Fall von seltener Lokalisation und Verbreitung von Komedonen**, von S. Kofmann-Odessa. Verfasser hatte Gelegenheit, einen Patienten zu beobachten, dessen Rücken, von der Haargrenze am Nacken beginnend bis in die Kreuzbeingegend, eine ununterbrochene Reihe von aus verschiedenen Zeiten durch Schnitt oder spontanem Durchbruch herkommenden Narben zeigte, zwischen denen man in dichten Massen noch schwarze Komedonenköpfe sah. Am linken Oberschenkel, von der Gegend der Spina posterior superior ossis ilei beginnend, schief nach vorn und unten ziehend, bemerkte man einen 3—4 cm breiten, schwarzen Streifen, der sich am Unterschenkel in gröſseren und kleineren Flecken auflöste. Die genauere Besichtigung der letzteren, wie des Streifens ergab, daſs dieselben aus hirse- bis hanfkorngroſsen, gräulich gefärbten, glänzenden, flachen, eingesunkenen Stellen bestehen, zwischen denen sich normale Hautbrücken befinden. Drückt man nur schwach auf dieselben, so springt die gräuliche Stelle hervor und erscheint als ziemlich dicker, wachsartig aussehender Pfropf. Wird derselbe entfernt, so bleibt eine Vertiefung zurück. Auſser den Komedonen sieht man am Oberschenkel auch Pusteln und narbig veränderte Stellen, die von Furunkeln herrühren.

Die Affektion besteht seit früher Kindheit, ja soll nach den Angaben der Mutter des Patienten angeboren sein.

VIII. **Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Argentum-Kasein (Argonin)**, von J. Jadassohn-Breslau. Für eine wirksame Therapie der akuten Blennorrhoe sind erforderlich:

1. Möglichst frühzeitige und vollständige Abtötung der Gonokokken an allen ihren erreichbaren Lokalisationsstellen.

2. Möglichste Schonung der Schleimhaut; wenn irgend möglich, Vermeidung jeder Steigerung der Entzündung, jeder Gewebsschädigung, aller überflüssigen Schmerzen.

Verfasser hat seit 1½ Jahren Versuche mit dem von Röhmann und Liebrecht dargestellten „Argonin", einer Verbindung von Argentum und Kasein, also einer Metall-Eiweiſsverbindung gemacht, und das Präparat sowohl gonokokken-

tötend, als auch selbst in starken Lösungen nur wenig reizend gefunden. Das Argonin ist ein weifses Pulver, das sich unter vorsichtigem Erwärmen im Wasserbade löst und je nach der Konzentration eine mehr oder weniger opalescierende Lösung giebt, die, wie alle Silberlösungen, in dunklen Gefäfsen aufbewahrt werden mufs.

Es lösen sich in maximo ca. 10 g in 100 g Wasser. Die Lösung reagiert neutral. 15 g des Pulvers enthalten so viel Argentum, wie 1 g Argentum nitricum. Die Lösungen des Argonins geben weder mit Kochsalz, noch mit Eiweifs, noch mit Kochsalz und Eiweifs enthaltenden Flüssigkeiten Niederschläge.

R. Meyer hat in dem Laboratorium des Verfassers die experimentelle Prüfung des Mittels vorgenommen und dabei wesentlich drei Fragen berücksichtigt: 1. die antibakterielle, 2. die entzündungserregende Wirkung und 3. die Eindringungsfähigkeit der Argoninlösungen. Die Resultate sind in der Inaugural-Dissertation (Breslau 1894) und in der *Zeitschr. f. Hygiene.* Bd. XX. 1895 niedergelegt. Die chemischen Eigenschaften des Argonins sind von Lilienroth in den *Therap. Monatsh.* Juni 1895 beschrieben worden.

Was die antibakterielle Wirkung des neuen Präparates betrifft, so haben die Argoninlösungen bei Prüfung mit wässerigen Bakterien-Suspensionen eine wesentlich geringere bakterientötende Kraft, als gleiche Silbermengen enthaltende Argentum nitricum- und Argentaminlösungen. Eine Argoninlösung (15 : 3000) wirkt wesentlich langsamer, als eine Lösung von 1 : 3000 Argentum nitricum oder Argentamin. Argentamin und Argentum nitricum 1 : 6000 töteten Gonokokken nach sechs Minuten ab; bei Argonin 15 : 6000 erfolgt vollständige Abtötung nach zehn Minuten. In einer Konzentration von 1 : 4000 wirken erstere in zwei Minuten, letzteres in einer entsprechenden Konzentration nach drei Minuten abtötend. Argonin 15 : 750 tötet schon nach einer Minute vollständig ab.

Die Prüfung der Reizwirkung hat ergeben, dafs das Silberkasein auch in starker Lösung viel weniger reizend wirkt, als Lösungen von Argentum nitricum und Argentamin. Was die Tiefenwirkung des Mittels betrifft, so haben R. Meyers Versuche ergeben, dafs das Argentamin in starker Lösung tiefer eindringt, als Argentum nitricum, dieses tiefer, als Argonin. Da die Urethralschleimhaut die Gonokokken rasch abtötende Lösungen zumeist nicht verträgt, so glaubt Verfasser, dafs man gut thut, durch kontinuierliche Behandlung der Blennorrhoen mit schwächeren Lösungen den Nährboden für die Gonokokken dauernd zu verschlechtern und diese gewissermafsen auszuhungern. Bei wirklich konsequenter Behandlung gelinge dies fast in allen Fällen.

Die Urethritis anterior des Mannes wurde zuerst mit Argoninlösungen von 15 : 3—4000 behandelt, später aber, da diese Lösungen ohne jede Spur von Reizung vertragen wurden, mit solchen von 15 : 750—1000. In letzter Zeit wurden sogar noch stärkere Lösungen gebraucht. Die Urethritis posterior des Mannes und die Urethritis, sowie der blennorrhoische Cervikalkatarrh der Frau wurden von vornherein mit starken Lösungen (meist 7,5 : 100) behandelt.

Verfasser bringt eine Anzahl Krankengeschichten bei und resumiert sein Urteil über das Argonin in folgenden Schlufssätzen:

1. Es ist, wie die experimentellen und klinischen Untersuchungen erwiesen haben, trotz des Mangels an Eiweifs koagulierender Wirkung ein in kurzer Zeit gonokokkenvernichtendes Mittel. (Bisher meist gebrauchte Konzentration: 1,5—2%.)

2. Es hat auch in starker Lösung kaum entzündungserregende, keine ätzenden Eigenschaften und eignet sich deshalb vorzugsweise zur Behandlung akuter Blennorrhoen der Urethra anterior und posterior des Mannes, der Urethra und des Uterus der Frau.

3. Adstringierende Eigenschaften scheinen ihm zu fehlen, deswegen müssen zur

rein antikatarrhalischen Behandlung gelegentlich andere Mittel zu Hülfe genommen werden.

IX. **Über die im Verlaufe der Syphilis vorkommenden Blutveränderungen in Bezug auf die Therapie,** von W. Reis-Krakau. Nach einem Rückblick auf die einschlägige Litteratur beschreibt Verfasser seine Untersuchungen, stellt die ziffernmäfsigen Ergebnisse tabellarisch zusammen und giebt folgendes Resumé seiner Betrachtungen:

1. Die roten Blutkörperchen erleiden eine geringe Abnahme schon im Stadium der primären Syphilis. Beim Beginne der Proruption wird die Abnahme bedeutender und schreitet von nun ab ständig weiter. Auch eine Zeitlang nach der Einleitung der Behandlung dauert die Verringerung der Zahl der Zellen fort.

2. Die Leukocyten bleiben im Stadium der primären Syphilis unverändert, es ist nur eine relative Leukocytose zu konstatieren. Vom Beginne der Proruption angefangen, findet eine ständige Zunahme der Leukocytenzahl statt.

3. Von den weifsen Blutkörperchen erfahren besonders die Lymphocyten eine wesentliche Zunahme.

4. Die Abnahme des Hämoglobingehaltes kann gleich in der ersten Woche nach Auftreten der Sklerose beobachtet werden und schreitet von da ab ständig vorwärts. Das Auftreten des Exanthems übt auf die Abnahme des Hämoglobins nicht den geringsten Einfluſs aus.

5. Bei der Quecksilberbehandlung werden die roten Zellen successive vermehrt; nach einer nachhaltigen Kur ist die Zahl derselben gröfser, als vor der Eruption.

6. Die Zahl der Leukocyten erfährt bei der Quecksilberbehandlung gleich von Anfang an eine ständige Verminderung; nach Beendigung der Kur pflegt die Zahl der weifsen Zellen auf das normale Niveau herabzusinken.

7. Die Abnahme der weifsen Blutkörperchen nach Einleitung der Therapie betrifft hauptsächlich die Lymphocyten.

8. Der Hämoglobingehalt wächst gleich von Anfang der Quecksilberbehandlung und pflegt nach einer intensiveren Therapie die Norm zu erreichen. Über einen gewissen Punkt vermag die protrahierte Behandlung keine weitere Zunahme zu bewirken, es findet oft das Entgegengesetzte statt.

9. Das Verhältnis der roten Blutkörperchen zu den weifsen erfährt in allen Stadien der Krankheit, auch im Verlaufe der Behandlung bedeutende Schwankungen.

10. Auf die Blutplättchen von Bizzozero scheint die Syphilis keinen Einfluſs zu üben. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Bd. VI. Heft 5.

1. **Zur Nitzeschen Methode der intravesikalen Entfernung gutartiger Blasengeschwülste,** von Kollmann. Verfasser hat vier von Nitze operierte Fälle beobachten und kontrollieren können und sich auf diese Weise von den grofsen Vorteilen der Nitzeschen Methode überzeugt, die es gestattet, intravesikal bis kleinapfelgrofse Papillome zu entfernen.

2. **Die Nitzeschen Uretercystoskope,** von Kollmann. Verfasser empfiehlt warm die Nitzeschen Instrumente, die durch ein Führungsstäbchen die Einführung des Katheters in den Ureter erleichtern. Bedingung ist, dafs die betreffende Uretermündung deutlich sichtbar ist, was nicht immer der Fall ist. Verfasser überzeugte sich durch Versuche an der Leiche, dafs die Uretermündung mitunter auch für das Auge direkt schwer zu sehen ist. Zu beachten ist, dafs der Katheter leicht sich im Röhrchen des Cystoskops bewegen kann.

3. **Aufschraubbare, vierarmige Dilatatoren für die vordere und hintere Harnröhre**, von KOLLMANN. Nach mannigfachen Versuchen ist es Verfasser gelungen, einen brauchbaren vierarmigen Dilatator für vordere und hintere Harnröhre zu konstruieren. Besonders die Konstruktion des letzteren stiefs auf bedeutende technische Schwierigkeiten. Das Prinzip ist dasselbe, wie bei OBERLÄNDERS zweiarmigem Dilatator. Die vier dehnenden Branchen sind durch Stäbchen von einer mittleren Achse aus getützt. Die Dehnung geschieht nur im gebogenen Teile des Instrumentes, welches die Form einer BÉNIQUÉ-Sonde hat. Verfasser hat zwei Modelle konstruiert, eins mit längeren, eins mit kürzerer Dehnfläche.

3. **Über das Resorptionsvermögen der Harnblase**, von ALAPY. (Fortsetzung der Arbeit aus Heft 4.) Es blieb Verfasser wunderbar, dafs alle drei mit Cyankalium behandelten Kaninchen Vergiftungserscheinungen aufwiesen, trotzdem er in einem Falle sicher in die Blase und nicht in die Vesicula prostatica gelangt war. Verfasser nimmt nun an, dafs alle diejenigen Gifte resorbiert werden, die wie Cyanverbindungen flüchtig sind, da Gase rapide durch feuchte tierische Membranen durchtreten. Zum Beweise experimentierte er mit flüchtigen Alkaloiden, d. h. solchen, deren Lösungen einen Geruch besitzen, wie Pyridin, Pikolin, Nikotin etc. In der That gelang es ihm, in allen solchen Fällen Resorption durch die intakte Harnblasenschleimhaut nachzuweisen. Nun fand Verfasser noch, dafs bei Injektion starker Eserinlösungen in die Blase bei einigen Tieren doch Resorptionserscheinungen auftraten, wenn auch nur leichten Grades trotz der starken Giftmenge. Verfasser nimmt hierfür an, dafs beim Herausziehen des Katheters eine geringe Menge des Giftes an ihm hängen bleibt, die Schleimhaut der Harnröhre benetzt und nun von hier aus resorbiert wird. Zum Beweise dieses Gedankens stellte er Versuche mit Jodkaliumlösung an Menschen an. In allen diesen Fällen konnte rasche Jodreaktion im Speichel nachgewiesen werden, sobald die Betreffenden durch Ausurinieren der Lösung dieselbe mit ihrer Harnröhrenschleimhaut in Berührung brachten; vorher fand keine Jodresorption statt.

5. **Ein merkwürdiger Fall von Ulcus rodens der Harnröhre als Folge charlatanistischer Behandlung**, von OBERLÄNDER und JOHNE. Der betreffende Patient bemerkte, ohne sich einer Infektionsgelegenheit ausgesetzt und ohne je eine infektiöse Geschlechtskrankheit gehabt zu haben, am Orificium urethrae eine kleine juckende Pustel, die von einem Naturarzt als Schanker erklärt und mit Höllenstein, später auch mit rauchender Salpetersäure geätzt wurde. Durch diese wochenlang aufgesetzten Maltraitierungen war die Glans teils zerstört, teils so entzündet, dafs sich grofse mortificierte Fetzen abstiefsen. Allein auch jetzt, wo ärztliche Behandlung stattfand, verheilte die Wunde nicht, sondern es bildete sich ein grofses carcinomverdächtiges Geschwür, welches immer weiter um sich griff und schliefslich die Amputation der Glans erforderlich machte. Darauf trat Heilung ein. Mikroskopisch zeigte das amputierte Stück chronisch entzündliche Infiltration mit Wucherung des umgebenden Gewebes.

Bd. VI. Heft 6.

1. **Über oxalsaure Nierensteine und über Oxalurie**, von PFEIFFER. Reine Oxalatsteine sind selten, meist kommen Mischformen mit harnsauren Steinen vor. Kann man ein Konkrement erhalten, so untersuche man dasselbe auf seine Bestandteile: Harnsäure giebt die Murexidreaktion, Oxalsäure zeigt nach Lösung in Salzsäure und Behandlung mit Ammoniak die charakteristischen Briefcouvertkrystalle. Kann man kein Konkrement erhalten, so mufs man untersuchen, ob der Urin zahlreiche Kalkoxalatkrystalle und wenig Harnsäurekrystalle enthält, um zur Diagnose zu kommen. Das klinische Bild der Oxalurie zeigt eine Reihe ausgeprägter nervöser Störungen; auffallend ist eine grofse Unruhe der Beine, Drang zum Urinieren,

Impotenz. Pathologische Oxalurie besteht, wenn der im Laufe von 24 Stunden gelassene Urin mehr als 0,02 Oxalsäure enthält.

Die Behandlung bezweckt die Verminderung der Ausscheidbarkeit der Oxalsäure im Urin und die Verminderung ihrer Bildung im Körper. CANTANI hat hierfür den Gebrauch der Alkalien und den Ausschluſs des Zuckers, die Beschränkung der Amylaceen in der Nahrung empfohlen. Als drittes Agens empfiehlt Verfasser die Wiesbadener Thermalbäder.

2. **Die Therapie der impermeablen Striktur**, von PASSET. Verfasser bespricht die Urethrotomia externa, plaidiert aber dafür, immer erst den unblutigen Weg mittelst Bougierungen zu versuchen. Konnte er auf keine der bekannten Arten die Striktur entrieren, so führte ihm öfter folgendes Verfahren zum Ziele: Der Patient wurde angewiesen, den Urin möglichst lange anzuhalten. Er wurde dann aufgefordert, in Gegenwart des Arztes den Urin möglichst kräftig auszupressen. Während dieses Pressens wurde vom Verfasser mit der linken Hand die Harnröhrenmündung komprimiert und zugleich eine dünne Bougie eingeführt. Wenn nun der zurückgehaltene Urin die Harnröhre prall anfüllte, glitt die Bougie leicht in die Blase. Natürlich führt dies Verfahren nur zum Ziele, wenn keine Urinretention besteht.

3. **Die Bedeutung der Untersuchung auf Gonokokken für die Diagnose des Harnröhrentrippers und für das Urteil über die Heilung desselben**, von M. VON ZEISSL. Verfasser rät, auch in anscheinend unzweifelhaften Fällen von frischer Infektion eine mikroskopische Untersuchung zu machen, um zu einer sicheren Diagnose zu gelangen; er teilt einen einschlägigen Fall mit, wo der scheinbare Tripper sich als Ulcus molle der Harnröhre entpuppte. Handelt es sich um einen Ehekonsens, so darf man sich nicht mit der mikroskopischen Untersuchung, bezw. Prüfung der Färbbarkeit begnügen, da auch unschuldige Diplokokken der Urethra sich hierin den Gonokokken analog verhalten, sondern man muſs die Züchtung von Reinkulturen vornehmen. Fällt diese negativ aus, so darf man noch nicht von der Unschädlichkeit des betreffenden Sekrets überzeugt sein, man muſs vielmehr eine reizende Injektion mit Argentum nitricum machen und sich durch Mikroskop und Kultur vergewissern, daſs auch dann keine Gonokokken im Sekret erscheinen.

4. **Ein Fall von Schweiſsneurasthenie**, von PEYER. Die Fälle sind selten, im allgemeinen findet man sie bei perversem Geschlechtstrieb, wo die Schweiſse plötzlich anfallsweise auftreten. Auch bei Neurasthenikern findet man abnorme Schweiſsabsonderungen. Verfasser beschreibt folgenden Fall: Der Patient, welcher lange Zeit und heftig Masturbation getrieben hatte und sehr heruntergekommen war, schwitzte auch bei Kälte und im Ruhezustande so stark, daſs er nachts öfter das Hemd wechseln muſste und auch bei Tage oft durchnäſst war. Kurze Behandlung mit dem Psychrophor heilt den Zustand.

Bd. VI. Heft 7.

1. **Zur Frage der primären Blasennaht**, von E. BURCKHARDT. Auf Grund der an 16 Fällen gewonnenen Erfahrungen plädiert Verfasser für die primäre Blasennaht im Anschluſs an die Sectio alta wegen Neubildung, Stein oder Fremdkörper. Gelingt sie, so wird der Verlauf bedeutend abgekürzt; gelingt sie nicht, so wird doch für die ersten Tage nach der Operation die Wunde vor der Einwirkung des meist zersetzten Urins geschützt. Nur bei ausgedehnter Blasentuberkulose ist die Naht zu unterlassen. Als Methode empfiehlt B. die Dreietagennaht mit vorläufiger Tamponade und nachfolgender Sekundärnaht der Bauchwunde. Als Nähmaterial ist Catgut zu verwenden; Strukturveränderungen der Blasenwand (Trabekel, Dilatation mit Atrophie der Wand) sind ein für das Gelingen ungünstiger Faktor. Eiterige Cystitis schlieſst die primäre Heilung nicht aus. Katheterismus ist ohne zwingende Gründe (Retention) zu unter-

lassen. Die Musculi recti müssen im Interesse der möglichsten Genauigkeit der Naht durchtrennt werden.

2. **Über Bakteriurie**, von Goldberg. Der an chronischer Blennorrhoe leidende Patient wurde nach der Janetschen Methode mit Kalium-hypermanganicum-Spülungen behandelt. Im Anschluſs daran wurde der bis dahin absolut klare Urin stark trübe, roch eigentümlich. Patient fühlte sich sehr matt. Mikroskopisch erwies sich die Trübung als aus Bakterien bestehend, und zwar waren es nichtpaarig angeordnete Kokken mit geringer Eigenbewegung, welche Ketten bilden. Leider wurde nicht durch Kulturen klargestellt, um welche Bakterienart es sich handelt. Auf innerliche Darreichung von Salol schwand die Bakteriurie. Verfasser verlangt, daſs als Bakteriurie nur die Anwesenheit von Bakterien in der ganz gesunden Blase bezeichnet werde. Die Existenz dieser Bakteriurie beweist, daſs Bakterien allein nicht genügen, die Blase zu entzünden.

3. **Beiträge zur Kenntnis des Masochismus**, von v. Krafft-Ebing. Verfasser bezeichnet als Masochismus die mit höchster Wollust betonte Vorstellung oder Fiktion, von einem Weibe gedemütigt oder miſshandelt zu werden; um die Ausführung der Miſshandlung, den körperlichen Schmerz, ist es dem Masochisten nicht zu thun. Fetischismus kommt beim Masochisten häufig vor. Die drei Beobachtungen, welche geeignet sind, zur Erklärung der perversen Sexualität im Rahmen des Masochismus beizutragen, müssen im Originale nachgelesen werden. *F. Hahn-Bremen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1895. Heft 6.

Über die angioplastische Resorption des Hautepitheliums, von Ch. Audry-Toulouse. A. hat die Untersuchungen von M. F. König über die Resorption von Hautepithelium durch Gefäſse an Schnitten durch eine Balggeschwulst nachgeprüft und kann die Befunde des ersteren im groſsen und ganzen bestätigen; nur die von König beschriebenen, bereits halb resorbierten Trümmer von Epithelzellen hat er nicht gesehen; ebenso konnte er in dem Plasmodium keine Pigment- und Fettteilchen entdecken; doch lag das wohl an der Beschaffenheit seines Präparates.

Die Ansicht Königs, daſs die Riesenzellen aus den jungen Elementen des Bindegewebes entstehen, teilt A. nicht; seiner Meinung nach bilden sie sich aus den Kapillaren. Er erblickt in den Cysten Überbleibsel des embryonalen Lebens, die sich ein eigenes Wachstum bewahrt haben; ein angioplastischer Keim (bourgeon angioformatif) ist häufig mit ihnen verwachsen und beginnt gleichzeitig mit solchem Epidermissack sein Wachstum. Für diese Auffassung sprechen das Fehlen jeder Entzündung, die Seltenheit embryonaler Elemente und das Aussehen der Riesenzellen. Der ganze histo-pathologische Zustand läſst sich demnach bezeichnen als eine angioplastische Resorption des ektodermen Epithels; ähnliche Erscheinungen, meint A., spielen sich bei der Bildung des placentaren Plasmodiums ab.

Über ein pathognomonisches Symptom des Lichen planus, von Louis Wickham. Die ausgewachsenen frischen Papeln eines Lichen planus tragen auf ihrer Oberfläche eine doppelte Färbung. Von der Grundfarbe des Rosa hebt sich nämlich eine graue Strichelung oder Punktierung deutlich ab. Zuweilen herrscht die graue Verfärbung in dem Maſse vor, daſs von der Grundfarbe nur ein leichter, rosafarbener Saum zurückbleibt. Die grauen Striche und Punkte nehmen alle möglichen Formen an; bald bilden sie Sterne, bald Ringe, bald grade Linien u. s. w. Auf den jüngeren, eben erst entstandenen Papeln sind sie sicher nicht vorhanden, dagegen sehr deutlich wahrnehmbar, wenn die Papeln zu Plaques zusammenflieſsen. Erst wenn im späteren Stadium des Lichen die Pigmentation beginnt, verschwinden die Striche und Punkte

wieder. Durch eine lange Beobachtungszeit fühlt W. sich zu dem Ausspruch berechtigt, dafs diese graue Strichelung, wenn sie vorhanden ist, eine pathognomonische Bedeutung für Lichen planus hat; jede andere Diagnose ist alsdann mit Sicherheit auszuschliefsen.

Vor ihm haben nur Ziemssen, Brocq und Hardy dieser Striche und Punkte Erwähnung gethan.

Bleivergiftung und Syphilis maligna, von Juliano Moreira-Bahia. Bei einem 25jährigen Maler, der schon mehrfach Bleikoliken durchgemacht hatte, entwickelte sich in dem linken Nasenloch ein harter Schanker, an den sich bald Hautsyphilide anschlossen; letztere verschlimmerten sich infolge eines erneuten Anfalles von Bleikolik noch wesentlich. Ausgang in Heilung. Den schweren Verlauf dieser Syphilis bezieht M. auf die gleichzeitig bestehende Bleivergiftung.

Trophische Störungen im Verlauf eines Trippers, von E. Jeanselme. Patient erkrankt im April mit einem Tripper, zu dem sich bald Gelenkentzündungen der unteren Extremitäten hinzugesellen. Später entstehen an beiden Füfsen hornartige Gebilde, die nicht schmerzhaft sind, aber durch ihren Umfang den Patienten am Gehen behindern. Die gröfste Warze sitzt auf der linken grofsen Zehe, ist gelbbraun gefärbt, 4 cm breit und 2 cm hoch, fühlt sich sehr hart an und sitzt der gesunden Haut unmittelbar auf, ohne von einem roten Saum oder einer Furche umgeben zu sein. Ähnlich verhalten sich die übrigen Hörner. Der Verlauf gestaltete sich bei Salolbehandlung sehr günstig; die Hörner fielen von selber ab und waren von innen hohl. Einen ähnlichen Fall hatte Vidal schon 1892 veröffentlicht.

J. hält diese Neubildung für eine trophische, durch Miterkrankung des Rückenmarks bedingte Störung. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1895. Heft 7.

Über die Sterno-Myositis syphilitica, von Louis Batut-Toulouse. Unter Sterno-Myositis versteht B. eine Entzündung im Gebiete des Musculus Sterno-Cleido-Mastoideus. Eine Entzündung in diesem Muskelgebiet auf syphilitischer Grundlage ist nicht ganz selten und B. giebt eine fleifsige Zusammenstellung von 16 bis jetzt veröffentlichten Fällen, die sämtlich der französischen Litteratur entstammen. In diesen Fällen handelte es sich immer um Spätformen der Syphilis, also um Gummata.

Dieser Kasuistik fügt B. zwei Fälle eigener Beobachtung hinzu und knüpft daran eine Beschreibung der Symptomatologie und Therapie dieser Erkrankung. Das Gumma sitzt fast immer im unteren Drittel des Musculus Sterno-Cleido-Mastoideus, entwickelt sich langsam ohne Fieber und Schmerzen, besonders bei Personen mit vernachlässigter Syphilis, fühlt sich meistens hart an, kann aber auch, wenn es nicht behandelt wird, vereitern. Bei Jodkalium in hohen Gaben (5,0—10,0 täglich) bildet es sich übrigens ziemlich schnell zurück.

Das Gumma des Musculus Sterno-Cleido-Mastoideus kommt auch als Symptom der Syphilis congenita praecox und tarda vor.

Über die Komplikationen des weichen Schankers, von Balzer. Eine der häufigsten Komplikationen des weichen Schankers ist die Gangrän. B. unterscheidet zwei Formen derselben; in der einen handelt es sich um eine phlegmonöse, rotgefärbte, in der anderen um eine schwarze Gangrän; die erstere wird durch pyogene Bakterien, letztere durch den septischen Vibrio Pasteurs hervorgerufen und kann in kürzester Zeit zum Verlust von Scrotum und Penis führen; dabei haben die Kranken starkes Fieber und liegen wie bei Typhus darnieder. Beide Formen dieser Gangrän werden vermieden, indem man bei dem geringsten Anzeichen die Vorhaut spaltet.

Eine weitere Komplikation bildet der phagadänische Schanker, der meistens in die Breite wächst, manchmal aber auch in die Tiefe und dann gleichfalls zum Verlust des Gliedes führen kann. Seine Ursache ist noch nicht genügend aufgeklärt. Die Behandlung besteht in Anwendung von antiseptischen Mitteln, von Ätzmitteln, von hohen Temperaturen; die Heilung verzögert sich aber häufig recht lange.

Die dritte und letzte Komplikation bilden die Bubonen. Diese haben einen doppelten Ursprung, indem sie entweder dem Bacillus Ducrey oder sonstigen Eitererregern ihr Dasein verdanken; im ersteren Falle enthalten sie einen phlegmonösen, dicken, im letzteren einen dünnen, serösen Eiter. Die Behandlung bewirkt B. durch eine ganz schmale Incision mit der Messerspitze; alsdann wird nach Ausdrückung des Eiters eine 1%ige Höllensteinlösung eingespritzt und schliefslich mit Chlorzinkpaste verbunden. Daneben finden noch andere Behandlungsarten Erwähnung.

Septikämie im Anschlufs an Stomatitis bei einem Säugling mit hartnäckigem Eccema und Durchfällen, von Le Gendre. Für den Ausbruch des Eccemas bei dem Kinde wird in erster Linie die trunksüchtige Amme, in zweiter die erbliche Anlage verantwortlich gemacht. Trotz Wechsels der Amme gewann das Ekzem noch an Umfang, chronische Durchfälle, 6—10 Stühle innerhalb 24 Stunden, traten hinzu und führten zur Abmagerung des Kindes, das unter dem begleitenden Hautjucken viel zu leiden hatte. Verschiedene Autoritäten wurden hinzugezogen, eine ganze Apotheke durchprobiert, die Ernährungsformen verschiedentlich gewechselt, ohne indessen eine Änderung herbeizuführen. Nach mehrmonatlichem Bestand dieser Erscheinungen trat eine Stomatitis auf, zu der sich eines Tages Fieber hinzugesellte, — dem das Kind am vierten Tage erlag. Vom Verfasser wird dies Fieber als ein septikämisches aufgefafst.

Über einen Fall von Erythema pellagroides, von W. Dubreuilh. Ein 24jähriger Lastträger litt seit drei Jahren jeden Sommer an einem Erythem des Hand- und Fingerrückens, das auf den ersten Blick den Eindruck eines Erythema solare machte. Doch bestanden verschiedene Abweichungen von diesem, und D. dachte zunächst an Pellagra, deren Eigentümlichkeiten das Erythem in vollem Umfange aufwies. Da aber alle sonstigen Symptome der Pellagra fehlten, auch das Vorleben des Patienten diese Krankheit ausschlofs, so nimmt D. an, dafs ein mäfsiger Grad von Alkoholismus die Modifikationen des Ausschlags bewirkte. Die Behandlung erwies sich als machtlos. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

No. 6. 1895.

1. **Behandlung des chronischen Trippers beim Manne,** von Janet. Die ausführliche, 41 Seiten umfassende, Abhandlung, welche hier von dem bekannten Urologen geboten wird, verdient volle Beachtung, weshalb das Resumé anbei folge: Das beste Mittel, den chronischen Tripper zu vermeiden, besteht natürlich darin, die akute Blennorrhoe zu unterdrücken. Dies gelingt immer (?) durch die von Janet angegebene Abortivbehandlung mittelst permangansauren Kaliums.

Die eigentliche Behandlung des chronischen Trippers kann sehr verschieden sein, mufs aber einen allgemeinen Plan verfolgen. Dieser hat anzustreben: 1. Zunächst die Unterdrückung des Gonococcus. 2. Die Unterdrückung der sekundären bakteriellen Infektion, die Vermeidung ihrer Wiederkehr, mindestens aber deren Einschränkung während der ganzen Dauer der Behandlung. 3. Sind durch passende Mafsnahmen die örtlichen krankhaften Veränderungen der Harnröhre zu beseitigen.

Die Unterdrückung des Gonococcus erzielt man durch tägliche Spülungen beider Harnröhrenabschnitte mittelst Kalium permanganicum (1 : 4000 bis 1 : 500). Im all-

gemeinen genügen 10—12 solcher Spülungen, manchmal sind zwei Reihen nötig Diese Behandlung hat nur dann Erfolg, wenn auch alle *aufserhalb der Harnröhre gelegenen Herde* aufgespürt und die Spülung (durch Massage, Spaltungen etc.) zugänglich gemacht sind.

Ist der Gonococcus von sekundären Infektionen der Harnröhre begleitet, so verbindet man zweckmäfsig mit der Kaliumlösung eine Lösung von Sublimat 1 : 1000, wobei etwa 50 og zugesetzt werden; etwa zwei solcher Spülungen können genügen. Besteht neben der Ansteckung der Harnröhre durch den Gonococcus noch eine sekundäre Infektion der *Blase*, so bedient man sich ebenfalls dieser gemischten Lösung, kann aber später nach dem Verschwinden des Gonococcus die üblichen Mittel anwenden, nämlich Spülungen und Einträufelungen mit Argentum nitricum.

In der Periode *nach* dem Verschwinden des Gonococcus kann man die oberflächlichen und frischen Sekundärinfektionen der Harnröhre durch etliche Sublimatspülungen zum Verschwinden bringen. Die oberflächlichen und frischen *Blaseninfektionen* unterdrückt man durch Spülungen mit Argentum nitricum und durch Einträufelungen mit stärkeren Höllensteinlösungen (1 : 100 und 5 : 100); hierzu genügen oft 8—10 Sitzungen.

Schwierig oder unmöglich ist die Desinfektion der tiefen oder ausgebreiteten sekundären Infektionen in der Prostata, den Samenbläschen, Harnleitern und Nieren. Doch soll man gewisse unterstützende Mafsnahmen nicht versäumen, wie das Auspressen der Harnröhre, die Massage der Prostata *vor* Anwendung der wichtigen Spülungen mit Sublimat, Argentum nitricum und Argentamin. Ferner bediene man sich reichlicher diuretischer Getränke, des Salols etc. bei renaler Infektion. Besonders ehe man tiefer wirkende Eingriffe unternimmt, ist dies von Bedeutung.

Nach Unterdrückung des Gonococcus, Beseitigung oder Beschränkung der sekundären Infektionen gehe man daran, die einzelnen krankhaften Veränderungen der Harnröhre zu erforschen und zu behandeln. Für die *oberflächlichen* und *frischen* Läsionen passen die Spülungen und Einträufelungen, die *tiefen* und *alten* Läsionen verlangen die Dilatation in Verbindnng mit den eben genannten Proceduren. Die *begrenzten* Läsionen sind durch das Urethroskop zu behandeln. Für die Spülungen benützt man Kalium permanganicum 1 : 2000 bis 1 : 500 (letztere Stärke besonders für die vordere Harnröhre), ferner Argentum nitricum 1 : 2000 bis 1 : 750. Für die Instillationen verwende man Argentum nitricum 1% bis 5% oder Cuprum sulfuricum 5 bis 10%. Die Dilatation kann mittelst Béniqué-Sonden, den Dilatatoren von Oberländer, den Casperschen Salbensonden geübt werden. Die Endoskopie gestattet, gewisse sichtbare Läsionen streng chirurgisch zu behandeln, wie derbe Granulationen, Polypen, Fissuren, Entzündungen der Lakunen. Energische Ätzungen des Schnepfenkopfes können bei Spermatorrhoe versucht werden.

Alle diese Behandlungsarten sollen nur alle 2—3 Tage vorgenommen werden; zieht sich die Behandlung in die Länge, sind selbst längere Ruheperioden nötig.

Die Zukunft des an chronischem Tripper Erkrankten ist verschieden, je nach der Ausdehnung seiner Läsionen und der Tiefe der Sekundärinfektion. In vielen Fällen gelingt es nicht, die eiterige Absonderung in die sekundäre Infektionen völlig zum Verschwinden zu bringen. Jedoch erreicht man in *allen* Fällen eine Besserung durch die Vernichtung des Gonococcus und die Einschränkung der sekundären Infektion.

Die *Ehe* darf denjenigen an chronischem Tripper Erkrankten gestattet werden, welche bereits von ihren bakteriellen Gonokokken befreit sind, jedoch unter der Bedingung, dafs man sie ebenso von ihren sekundären bakteriellen Infektionen losmachen kann. Dagegen werde die Ehe denjenigen untersagt, welche noch Gonokokken haben, und selbst jenen, welche man von ihren sekundären Infektionen in der Harnröhre, Blase

oder Niere nicht befreien konnte. Manchmal heilt die Zeit solche Infektionen, gegen welche jegliche Behandlung vergeblich ankämpfte. Man kann also solchen Patienten eine gewisse Hoffnung für die Zukunft lassen, vorausgesetzt, dafs nicht unheilbare genitale Veränderungen bestehen, wie z. B. bleibende Azoospermie.

2. Ungewöhnliche Abart von Hämaturie in einem Falle von Blasengeschwulst, von Ferria. Ein 24jähriger Bauer litt bereits seit zwei Jahren an Blutharnen, welches zeitweilig ganz verschwand. Schliefslich wurde das Urinieren nicht blofs sehr häufig, sondern auch sehr heftig und schmerzhaft, speziell im Anfange. Zugleich zeigte sich der blutige Urin gerade im Anfange des Harnaktes, der dann abgegebene Harn war im Gegenteil hell.

Nachdem bereits die Anamnese eine Blasengeschwulst vermuten liefs, wurde diese Diagnose durch die instrumentelle Untersuchung bestätigt. Schon mittelst Mercier-Katheters wurde das Vorhandensein einer weichlichen Masse, von mindestens Haselnufsgröfse, ausgehend von der vorderen Wand, mit breiter Adhärenz an derselben, nachgewiesen. Einige Tage später blieb bei einer weiteren Untersuchung ein Stückchen Gewebe am Katheterauge haften; die Untersuchung ergab Papillomstruktur.

Es wurde sodann der hohe Blasenschnitt vollzogen. Es fand sich ein Papillom, welches an der vorderen Wand und an der linken Seite der Blase seinen Sitz hatte, bis drei Finger breit oberhalb dem Orificium urethrale. Der Tumor bestand aus einem zarten Stiel von $2^1/_2$ cm Länge und einer faserigen Masse von der Dicke einer halben Nufs, nach einer Seite zog sie sich in die Länge, so zwar, dafs ein Teil den Blasenhals erreichte und bis in die hintere Harnröhre eindrang.

Dieser Befund erklärt das Symptom der Blasenhalsreizung und das Auftreten des Blutharnens im Beginne des Urinaktes; das Wachstum der Geschwulst nach der hinteren Harnröhre zu mufste diese Symptome hervorrufen, der Krampf des Schliefsmuskels und die gröfsere Kongestion der im Blasenhalse befindlichen Geschwulstpartie führten hier eher zur Blutung, als in demjenigen Teile des Tumors, welcher in der Blase selbst lag. Das so in der hinteren Harnröhre auftretende Blut wurde durch die ersten Harnstrahlen entfernt. Dagegen erlitt der in der Blase liegende Teil der Geschwulst wahrscheinlich einen gewissen Zug und einen Druck von seiten der in der Blase zurückgebliebenen Flüssigkeit und war so weniger zur Blutung geneigt. *Neuhaus-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Fall von gutartiger Mykose der Tonsille, von Walker Downie. (*Glasg. med. Journ.* November 1894.) Durch den Leptothrix bedingte Mykosis tonsillaris benigna (Fränkel, Herzog); Entfernung der zahlreichen, zum Teil konfluierenden Herde durch elektrische Kauterisation; günstige Beeinflussung durch den Tabakrauch. *H. Einhorn-München.*

Zur Unterbringung von Trichophytiepatienten in Spitälern, von Raymond. (*Progrès méd.* 1894. No. 30.) In Anbetracht der stetigen Zunahme der Trichophytiefälle in Paris erwiesen sich die jetzigen öffentlichen Anstalten als unzureichend zumal die afficierten Kinder während sehr langer Zeit am Schulbesuche gehindert

werden. Auf den Vorschlag von Lailler wurde nun seiner Zeit im St. Ludwig-Hospital eine entsprechende Abteilung eingerichtet, die jedoch noch nicht allen Anforderungen entsprach. Feulard und der Verfasser verlangen deshalb Vermehrung der Bettenzahl für Trichophytiekranke und Verteilung derselben auf verschiedene Stadtbezirke (3—4), nebst Ausstattung der betreffenden Stationen mit je einer Schule.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Trichophytie, ihr Pilz und ihre Behandlung, von Trouillet. (*Dauphiné méd.* Novbr. 1893.) Die Abhandlung verdankt ihre Entstehung einer Epidemie unter Soldaten; die bekannten Eigenschaften des Pilzes werden wiederholt; er gedeiht auf Bouillon und Gelatine; die erstere trübt, die letztere verflüssigt er. Das mikrobicide Mittel muſs bis zur Haarwurzel dringen. Empfohlen werden Sublimat, 1,0 : 1000,0 bis 1,0 : 100;0; Jodtinktur; Jod- oder Salicyl-Kollodium; Spirit. Cinnamom. Ceylon 10,0, Aether. sulf. 30,0.

Türkheim-Hamburg.

Die Schwierigkeit in der Behandlung der Trichophytie, von H. A. Martin. (*Thèse de Paris.* 30. Mai 1894.) Das Verdienst dieser Arbeit besteht weniger in der Aufzählung der schon bekannten Schwierigkeiten, die sich der Beseitigung des Herpes tonsurans entgegenstellen, als in der Angabe verschiedener wirksamer Behandlungsarten. Verfasser unterscheidet dabei zwischen dem Herpes tonsurans des Trichophyton megalosporon und demjenigen des Trichophyton mikrosporon. Besteht bei der ersteren Form von Trichophytiasis eine zu lebhafte Reizung der Haut, so soll man dieselbe durch Anwendung von Breiumschlägen erst etwas beseitigen, alsdann mit Jodtinktur- und Quecksilberpflaster die Behandlung aufnehmen; man bewirkt damit eine Kongestion in der Cutis und das Wachstum von Vesikopusteln, indem man dem Staphylococcus einen günstigen Nährboden bereitet; dieser aber ist dem Gedeihen des Trichophyton megalosporon hinderlich. Dagegen scheint er gegen das kleinsporige Trichophyton nichts auszurichten; gegen diese letztere Form der Trichophytiasis wendet man daher besser abwechselnd Jodtinktur und eine aufweichende Salbe von Kalium carbonicum (20,0 : 100,0) an; die Haare lassen sich bei diesem Vorgehen allmählich, aber sicher entfernen. Gegen Schluſs des Verfahrens kann man zur Abkürzung die Elektrolyse oder das Krotonöl anwenden.

Türkheim-Hamburg.

Akuter Pemphigus, von J. Priestley. (*Brit med. Journ.* 22. Dezember 1894.) Die 24jährige Patientin erkrankte plötzlich am 1. Oktober mit Kopf- und Rückenschmerzen, Schüttelfrost und Schmerzen in den Beinen. Am folgenden Tage brach ein Ausschlag aus; gleichzeitig empfand die Patientin Schmerz im Rachen. Am 3. Oktober hatte sie Erbrechen, fühlte sich sehr krank. Ihr Zustand wurde für den Beginn von Pocken angesehen, weshalb sie ins Hospital geschickt wurde.

Verfasser fand bei der ersten Besichtigung einen hellroten Ausschlag vorn auf der Brust, dem Rücken und an den Armen; zwei schwach erhabene erythematöse Stellen auf der Stirn. Auf der rechten Seite des Halses und an dem oberen Teile der Brust einige schlappe Blasen, so groſs wie Eier. Die Temperatur war erhöht, der Puls beschleunigt. Die Leber und Milz waren vergröſsert. Der Rachen zeigte sich entzündet. In den nächsten drei Tagen entstanden zahlreiche Blasen an verschiedenen Körperstellen. Die Patientin delirierte. Am 7. Oktober stieg die Temperatur, der Puls wurde unregelmäſsig, schwach, kaum zählbar. Die Patientin starb, nachdem sie kaum fünf Tage krank war. Der Urin hatte $^1/_{12}$ Eiweiſs enthalten.

Die Sektion ergab tuberkulöse Veränderungen an den Spitzen, ein kleines Geschwür an der Epiglottis. Die Leber war stark vergröſsert.

Verfasser fand für die Krankheit keine bessere Diagnose, als Pemphigus acutus.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Pemphigus foliaceus, von F. Cuthbert. (*Brit. med. Journ.* 9. Juni 1894.) Die Patientin war eine 27jährige, junge Frau, die seit längerer Zeit an Amenorrhoe und Konstipation litt. Vor drei Jahren bekam sie Blasen an den Fufssohlen, die mit Puder behandelt wurden. Im Laufe der nächsten Zeit verschlimmerte sich das Leiden. Es zeigten sich auf und unter der Zunge, an der Mund- und Rachenschleimhaut Aphthengeschwüre, die schmerzhaft waren und sie zeitweilig am Essen verhinderten. Später wurden Lippen, Ohren, Arme und andere Körperstellen von Blasen befallen. Dieselben pflegten gewöhnlich zu bersten, einzutrocknen, worauf sich die Haut abschälte. Das Leiden besserte sich unter der Behandlung des Verfassers für einige Zeit, nahm aber später plötzlich eine Wendung zum Schlechten und endigte letal. *C. Berliner-Aachen.*

Puerperale Septikämie und Pemphigus neonatorum, von Jones Greer. (*Brit. med. Journ.* 9. Juni 1894.) Die Patientin kam am 19. September 1893 mit einem wohlgenährten, gesund aussehenden Kinde rasch und leicht nieder. Am dritten Tage des Wochenbettes stellten sich schwere Symptome von puerperaler Septikämie ein. Daneben traten im Gesicht, auf der Brust, dem Gesäfs Blasen auf. Die Patientin starb am siebenten Tage der Krankheit; die unmittelbare Ursache war eine komplicierte Pneumonie. Das Kind zeigte ziemlich bald nach der Geburt ebenfalls Blasen am Gesäfs, am Halse und auf der Brust. Unter profusen Diarrhoen und Erbrechen starb das Kind. Syphilis war nicht vorhanden. Eine besondere Ursache für das Puerperalfieber konnte nicht entdeckt werden. *C. Berliner-Aachen.*

Über die sog. Bednarschen Aphthen, von Eugen Fränkel. (*Jahrb. d. Hamburg. Staatskrankenanst.* Bd. III. 1891/92. Leopold Voss, Hamburg.) Die Bednarschen Aphthen sind streng zu trennen von der Stomatitis aphthosa. Ihr Sitz sind bestimmte Stellen des harten Gaumens, besonders der Übergang zum weichen Gaumen, die Basis der flügelartigen Fortsätze. Es sind schmutzig-grauweifse oder gelblich-graue Plaques, rundlich oder oval, meist scharf gerändert, von einem hellroten Injektionshof umgeben, über die Umgebung nicht erhaben. Nach Abstofsung der Grundes entsteht ein seichtes, nicht selten wie mit dem Locheisen ausgeschlagenes Geschwür, das ohne Narbe heilt. Ausnahmsweise nur verbreiten sich die Geschwüre, kommt es zu tieferen Ulcerationen, Knochennekrosen. Das Leiden befällt fast ausschliefslich Säuglinge; einmal sah Verfasser es bei einem 2½jährigen Kinde. Die Diagnose ist leicht; Syphilis hat nichts mit dem Leiden zu thun.

Die Entstehung dieser Veränderungen erklären eine Reihe von Autoren durch infolge mechanischer Momente (Schreien, Saugen) entstehende Läsionen der an den betroffenen Stellen besonders dünnen Schleimhaut (Epstein, Baginsky, Moldenhauer, Henoch). Verfasser kann diese Dünne der Schleimhaut nicht bestätigen, noch die Möglichkeit einer etwaigen Zerrung, da die Schleimhaut dort gerade sehr verschieblich ist. Vielmehr glaubt er auf Grund von Untersuchungen bei vier Kindern, dafs eine beetartige Abhebung des Epithels durch Eindringen von Bakterien (Staphylo- und Streptokokken) statthat. Es entsteht eine epitheliale Erosion und dann eine flache Ulceration. Es bleibt weiterer Untersuchung überlassen, zu prüfen, ob nicht durch Einwanderung der Bakterien in den Säftestrom allgemeine Störungen ausgelöst werden können. Die entstehenden Defekte dienen anderen Bakterien zur Ansiedelung; unter anderen wurde vom Verfasser der Soorpilz gefunden.

Der Sitz erklärt sich durch die geringe Beteiligung der gewöhnlich betroffenen Stellen am Saug- und Schluckakt; die Bakterien können sich in diesem „todten Raum“ leicht festsetzen.

Die Prophylaxe erfordert sorgsame Reinigung des Mundes auch in den hinteren Partien der lateralen Teile des Mundes. Das jetzt von FISCHL und anderen verworfene Auswischen des Mundes kann beibehalten werden, nur mufs es geschickt und zart ausgeführt werden. *Jesner-Königsberg i. Pr.*

Über ringförmige Efflorescenzen, eine differential-diagnostische Studie, von G. T. JACKSON. (*New York. med. Journ.* 6. April 1895.) Dieser Vortrag wurde in der Society of the Alumni of Charity Hospital gehalten. Redner führte aus, dafs ringförmige Läsionen sich finden bei Trichophytosis corporis, Syphilis, Psoriasis, Erythema multiforme, Seborrhoea sicca, Pityriasis maculata et circinata und in vereinzelten Fällen im herpetischen Stadium des Favus. Auch Lichen planus kann gelegentlich Ringe bilden, wenn die Papeln in Haufen beisammenstehen und die in der Mitte befindlichen im Laufe der Krankheit resorbiert worden sind. Obschon die verschiedenen Krankheiten oft Läsionen von solch ausgesprochener Ähnlichkeit aufweisen, dafs selbst einem erfahrenen Praktiker die Entscheidung Schwierigkeit bereiten kann, giebt es doch eine ganze Reihe von Unterscheidungsmerkmalen, die Verfasser in hübscher Zusammenstellung anführt. Wegen der Einzelheiten mufs aufs Original verwiesen werden.

Bei der hierauf folgenden Diskussion findet S. B. BRONSON, dafs das Interessanteste bei diesen Läsionen die Frage über ihre Entstehungsweise ist. Bei parasitären Krankheiten ist ein Sichausdehnen in peripherer Richtung leicht begreiflich, bei anderen, z. B. Erythema annulare, kann man sich die Entstehung nur durch neue pathologische Vorgänge erklären. In einer dritten Reihe von Fällen wirken wohl beide Faktoren gemeinsam. B. erwähnt ferner, dafs auch Ekzeme und Lupus erythematosus gelegentlich eine ringförmige Anordnung aufweisen.

J. A. FORDYCE erwähnte noch das allerdings seltene Vorkommen von ringförmigen Läsionen bei Hautcarcinomen und bei Impetigo herpetiformis und hob hervor, dafs Trichophytosis nicht immer ringförmig ist, sondern zuweilen in Gestalt von Flatschen, wie das Ekzem, vorkommt.

A. RUPP (Vorsitzender) weist darauf hin, dafs den Untersuchungen von R. W. TAYLOR die Komplikation mit Streptokokken und Staphylokokken für die Entstehung von annullären Gebilden bei manchen Hautkrankheiten verantwortlich zu machen sei. *Philippi-Remscheid.*

Die Impetigo der Kinder, eine kontagiöse, übertragbare, bacilläre Krankheit, von CH. LEROUX. (*Journ. de cliniques et de thérap. infantiles.* Februar/März 1894.) Die Impetigo ist von Kind auf Kind und auf Erwachsene übertragbar, und zwar um so leichter, je jünger und je heftiger sie ist. In 65,8% aller Fälle ist sie überimpfbar. Zu den kontagiösen Formen gehören die Impetigo sparsa, Impetigo figurata, Impetigo larvalis, während Impetigo granulata und Eccema impetiginosum hiervon auszuschliefsen sind. Ein Streptococcus, der sich isolieren läfst, ist die Ursache der Impetigo; die Staphylokokken vermehren sich rasch auf dem impetiginösen Boden. Zum Schlufs werden Schutzmafsregeln gegen die Weiterverbreitung der Impetigo empfohlen. In Krippen und Findelhäuser sollten mit der Krankheit behaftete Kinder nicht aufgenommen, in Schulen von den anderen Kindern getrennt gehalten werden. Die Haare sind ganz kurz geschnitten zu tragen; die kranken Teile wasche man jeden Morgen mit Seifenwasser. *Türkheim-Hamburg.*

Impetigo contagiosa als ein Beispiel von Oberflächen-Kontagion, von JONATHAN HUTCHINSON. (*Arch. of surg.* 1893. S. 13.) Unter Porrigo versteht und beschreibt H. eine Form von Auschlag, der in seinen wesentlichen Merkmalen, wie H.

selber anerkennt, mit der Impetigo contagiosa identisch ist. Beide Exantheme sind auch schnell und sicher durch dieselben Mittel zu beseitigen. Nur einige Symptome hat Hutchinson nie beobachtet, die Tilbury Fox für seine Impetigo contagiosa in Anspruch nimmt: fieberhaften typischen Verlauf mit Ausgang in Spontanheilung.

Türkheim-Hamburg.

Betrachtungen über die passiven Hyperkeratosen, von Audry. (*Mercredi; méd.* Jan. 1894.) Ein 45jähriger Mann hatte sich vor ca. 25 Jahren syphilitisch inficiert und zeigte nun eine Leukokeratose der Zunge in Gestalt einer unebenen, höckerigen, papillösen, mit weifslichen Erhabenheiten und glatten Plaques besetzten Fläche, welche einen grofsen Teil des Zungenrückens einnahm. Konsistenz hart, rauh Färbung: schmutzigweifs bis gräulichrosa. Übrige Mundschleimhaut normal; keine weiteren Zeichen von Syphilis. Da Jodkalium nicht den gewünschten Effekt zeigte, wurde das Vordere der Zunge abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung ergab: beträchtliche subepitheliale Infiltration embryonaler Zellen und Vasodilatation; stellenweise papilläre Hypertrophie; starke Verdickung der Epithelschicht, welche das Aussehen des äufseren Integuments zeigt; reichlicher Eleidingehalt des Stratum granulosum.

Verfasser betrachtet diese Hypereleidinisation und Hyperkeratose als einen passiven Zustand der Epithelschicht infolge einer subepithelialen Gefäfsdilatation und kleinzelligen Infiltration. Er vergleicht den Prozefs mit der periostalen Hyperkeratose bei tiefen entzündlichen Affektionen des Knochensystems.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Kongenitale Ichthyosis, von J. W. Ballantyne. (*Arch. paediatr.* 1894. XI.) Der ganze Körper ist mit einer festen, trockenen, glänzenden kollodium- oder firnifsähnlichen Schicht bedeckt, von weifslicher oder dunkelbrauner Farbe; nach Berstung des Häutchens beginnt bald die Desquamation. Die Fissuren sind gewöhnlich oberflächlich und besonders zahlreich an den Hüften, im Gesicht und am Kopf. Manchmal wird die Haut schon nach wenigen Wochen normal, in anderen Fällen bleibt sie unverändert bis zum vorgerückten Alter. Nach Caspary ist die afficierte Haut nur halb so dick, wie die normale; die Atrophie betrifft hauptsächlich die Epidermis und den Panniculus adiposus, während die Cutis vera relativ dick erscheint. Bemerkenswert ist das Fehlen der Talgdrüsen und die reichliche Entwickelung von Schweifsdrüsen. Die ersten Fälle wurden 1841 publiciert, seither im ganzen 26, worunter 10 männliche und 16 weibliche Individuen betrafen. Antimon-, Hydrargyrum-, Jod- und Eisenpräparate, Leberthran sind von zweifelhaftem, Hautpflege, alkalische Bäder, Abreibung mit Glycerin oder Öl, Wasserstoffsuperoxyd, Salicyl- und Diachylonsalben von wechselndem Erfolg.

H. Einhorn-München.

Die Verwendung von Salicyl und dessen Derivaten bei Psoriasis und einigen anderen Hautleiden, von H. R. Crocker. (*Lancet.* 8. Juni 1895.) Seit Dezember vorigen Jahres hat C. salicylsaures Natron in Gaben von 0,9, dreimal täglich nach den Mahlzeiten zu nehmen, ohne weitere äufsere Behandlung bei einer Reihe von Psoriasiskranken mit bestem Erfolg verordnet. Namentlich frische Fälle wurden in wenigen Wochen so weit gebessert, dafs die letzten Spuren der Krankheit mittelst einer milden Einreibung schnell vollständig beseitigt werden konnten. Die anderen Salicylderivate scheinen nicht so wirksam zu sein wie das Natronsalz, welches fast ausnahmslos gut vertragen wurde. Von anderen Krankheiten der Haut werden namentlich Erythema multiforme mit Einschlufs von Erythema iris davon günstig beeinflufst, sowie auch Erythema nodosum. Ferner hat C. einen Fall von Lupus erythematosus von dreijähriger Dauer bei einem 39jährigen Manne beobachtet, bei welchem salicylsaures Natron (0,9 pro die) im Verein mit einer Loretinsalbe (0,25 : 30

Lanolin und Öl) einen vorzüglichen Erfolg lieferte. ARNINGS Berichte über Erfolge bei Lepra hat Verfasser nicht ausreichend kontrollieren können. Der Modus der Wirkung des Salicyls bei diesen Hautkrankheiten ist noch nicht ganz klar, vielleicht ist da eine mikrobicide Thätigkeit mit im Spiele. *Philippi-Remscheid.*

b. *der Cutis.*

Über Mykosis fungoides spricht WOLTERS in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn, Sitzung vom 12. März 1894, unter Vorstellung einer Patientin, die vor zwei Jahren, nachdem sie angeblich Erysipel und Ascites gehabt, zuerst juckende und schuppende Stellen an der Stirn, später an anderen Körperstellen bekam. Die entstehenden Kratzeffekte führten zu Ulcerationen an Stirn, Arm, Oberschenkel von über Handtellergröfse, welche unter Öl heilten. Später traten neue juckende und schuppende, flache Stellen auf, es bildeten sich wiederum gröfsere und kleinere Geschwüre, die aber nicht heilen wollten. Dagegen wurden die Flecken derb und fest. Man sieht an der Patientin jetzt erythematöse Flecken, runde annuläre Plaques, weniger oder mehr schuppend, (Stadium ekzematosum-KAPOSI), daneben knötchenartige und flache, gerötete Infiltrationen und papulöse Efflorescenzen, oft in der Mitte von Erythemflecken, oft auf normaler Haut. Es ist dieses das zweite Stadium (lichenoides-BAZIN; Stadium der flachen Infiltrate-KÖBNER). Auch das dritte Stadium ist ausgeprägt in Gestalt von Tumoren an der rechten Halsseite, die auf Infiltraten, aber auch auf normaler Haut sich entwickeln, sich unter Zurücklassung von Pigmentierungen zurückbilden können.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt: Papillen meist vorhanden, nicht verlängert; Rundzelleninfiltrate, eingelagert in ein feines Maschenwerk; Gefäfse dilatiert; Adventitia, hin und wieder auch Media, durch Granulationsgewebe ersetzt; besonders die Venen ergriffen; wenig Mastzellen; Subcutis im Beginne frei; Beginn der Neubildungen an Gefäfsen, Drüsen und Haarbälgen. In einem Falle wurden in den tiefsten Teilen zahlreiche Riesenzellen gefunden. Der Befund spricht für die Auffassung des Leidens als Granulom.

Die Therapie besteht in subkutaner Injektion von Natrium arsenicosum, mit 1 mg beginnend. Zwei Fälle (KÖBNER, GEBER) sind dadurch geheilt. Lokal: Salben, Puder, Umschläge, 1%ige Pyrogallussalbe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von **Mykosis fungoides** bei einem 58jährigen Manne berichtet G. TANAGO. (*Rev. clin. Madrid.* 1895. No. 3.) Der linsengrofse Tumor lag rechts vom Nabel, war von weinroter Farbe, nicht bedeutend über das Hautniveau erhaben, von harter Konsistenz und bei Berührung sehr schmerzhaft. Derselbe wurde exstirpiert und mikroskopisch untersucht: in einer fibrösen Kapsel eingeschlossen und aus Rundzellen zusammengesetzt, war er von zahlreichen Lymphgefäfsen durchzogen, die von kleinzelliger Infiltration umgeben waren. Zahlreiche Mastzellen. Epidermis normal; Cutis mit einigen vergröfserten Gefäfsen, aber ohne kleinzellige Infiltration. Gestützt auf diesen Befund und die diesbezüglichen Angaben UNNAS (*Histopathologie der Haut*, 1894) entschied sich Verfasser für die Diagnose Mykosis fungoides gegenüber Rundzellensarkom. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Mykosis fungoides und Morbus Addisonii, von GUSTAV RIEHL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 5.) Auf dem II. Dermatologen-Kongrefs in Wien hat Verfasser einen Fall vorgestellt, der als „Mykosis fungoides d'emblée (BAZIN) diagnosticiert wurde. In dieser Arbeit wird derselbe ausführlich berichtet. Er bot in seinem weiteren Verlaufe manche Besonderheiten: es wurden Knoten in den unterliegenden Muskeln gefunden, durch Zerfall von Knoten kam es zur Blofslegung des Knochens,

die Lungen waren von zahlreichen Knoten durchsetzt. Am meisten Interesse erregte die in den letzten Wochen aufgetretene dunkle Pigmentierung der Haut, die Entstehung von Pigmentflecken an den Schleimhäuten, Hand- und Fufsflächen. Als anatomische Basis dieser Symptome ergab sich der Befund je eines Geschwulstknotens in den Nebennieren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von universeller Dermatitis, wahrscheinlich einer Abart von Mykosis fungoides, von A. Morris. (*Brit. med. Journ.* 2. Juni 1894.) Die Affektion begann bei dem 45jährigen Patienten vor mehr als 20 Jahren zunächst mit einem roten Flecke an der Streckseite des rechten Beines; später entwickelten sich auch am anderen Beine und an beiden Händen ähnliche Flecke. Auf diesen Flecken entstanden gewöhnlich nach kurzer Zeit Bläschen. Das Leiden verursachte intensives Jucken und wurde im Beginn als schweres Ekzem behandelt. Im Laufe der Jahre verschlimmerte sich die Krankheit aufserordentlich, so dafs Patient sich 1892 in St. Marys Hospital aufnehmen liefs, wo er trotz sorgfältiger Behandlung nach einem Jahre starb.

Die hervorstechendsten klinischen Merkmale der Affektion im vorliegenden Falle waren: 1. eine hartnäckige, diffuse, universelle Dermatitis ohne Exfoliation; 2. allgemeine Infiltration und Verdickung der Haut über ausgedehnte Strecken, namentlich an den Extremitäten; 3. drei kleine ulcerierte Tumoren, welche sich auf der Basis erythematöser Stellen entwickelt hatten; 4. enorme Vergröfserung der Lymphdrüsen, namentlich der Inguinal- und Axillardrüsen. Auf diese Symptome stützte sich auch die Diagnose „Mykosis fungoides".

Die mikroskopische Untersuchung ergab als Hauptbefunde:

1. Hyperplasie der Epidermis mit Spuren von Neubildung, und zwar mit Zelleinschlüssen, welche denen beim Krebs sehr ähnlich waren.

2. Entzündliche Infiltration der Papillarschicht des Coriums.

3. Entzündliche Hyperplasie der Lymphdrüsen.

Die bakteriologische Untersuchung konnte aus Mangel an nötiger Mufse nicht vorgenommen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Eine Patientin mit **Rhinosklerom** stellt Schloffer im Verein der Ärzte in Steiermark, Sitzung vom 4. Juni 1894 (*Wien. klin. Wochenschr.* 1894. No. 3), vor. Sie ist 30 Jahre alt, leidet seit dem 15. Jahre an Schnupfen mit reichlichem Ausflufs, seit sechs Jahren an einer Schwellung und Verhärtung des rechten Nasenflügels. Jetzt ist die Nase in einen knorpelharten, von scheinbar intakter Haut überzogenen Tumor umgewandelt, die Nasenlöcher und die Choanen sind dadurch verschlossen. Eine Protuberanz sieht man vom rechten Aryknorpel gegen das Lumen des Kehlkopfes vorspringen. Aus dem Gewebssaft gewann man Rhinosklerombacillen. Der Tumor stellt ein Rundzellengewebe dar, welches einzelne geblähte und häufig kernlose Zellen (Mikulicz) enthält, die die Bacillen beherbergen. Die operative Therapie kann nur symptomatische Bedeutung haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Überimpfbarkeit des Ekthyma, von J. H. McCormick. (*Med. News.* 11. August 1894.) Ein 35jähriger Commis hatte gelegentlich ausnahmsweise ein Pferd zu versorgen gehabt, das an den Beinen Geschwüre hatte. Etwa acht Tage später bemerkte er an seiner eigenen rechten, unteren Extremität einige (5—6) Geschwüre. Es wurde Ekthyma diagnosticiert, und des Experimentes wegen wurden Impfungen auf das linke Bein vorgenommen. Aufserdem wurden zwei andere (an Lupus, resp. Seborrhoea sicca leidende) Patienten mit dem Virus geimpft. Am dritten Tage hatten sich bei allen Versuchen charakteristische Pusteln entwickelt. Weitere Untersuchungen zur Isolierung eines Mikroorganismus unterblieben aus äufseren Gründen. Verfasser hält die Über-

tragbarkeit von Mensch auf Mensch für erwiesen, diejenige von Tieren auf Menschen für wahrscheinlich, wobei er sich auch auf andere Beobachtungen (Vidal, Rankin) beruft. *Philippi-Remscheid.*

Der Parasit des Pied de Madura, von M. H. Vincent. (*Ann. de l'Institut Pasteur.* März 1894.) Vincent ist es gelungen, den Pilz des Pied Madura zu isolieren. Derselbe gehört zur Familie des Streptothrix und ist dem Strahlenpilz nahe verwandt, unterscheidet sich von demselben aber in vielen Punkten. Die Überimpfung auf Tiere ist V. niemals gelungen. *Türkheim-Hamburg.*

Babes und Zambilovici haben drei Fälle von **Noma** klinisch, histologisch, bakteriologisch und experimentell genau untersucht und kamen dabei zu folgenden Resultaten:

1. Die Noma ist eine selbständige Affektion mit charakteristischem Verlaufe und von bestimmter Dauer; sie darf mit keiner anderen Art von gangränöser Stomatitis verwechselt werden.

2. Die Affektion ist in Rumänien keineswegs so selten, wie im Auslande.

3. Die Noma muſs als eine mikroparasitäre, übertragbare Affektion betrachtet werden, welche auf einem durch eine Infektionskrankheit (meist Röteln) oder anämischen, event. mit Wucherung des Fettgewebes einhergehenden Prozesse vorbereiteten Boden entsteht.

4. Das pathogene Agens der Noma war in den von den Verfassern untersuchten Fällen ein spezifischer, sehr feiner, in groſser Zahl vorhandener Bacillus.

5. Dieser Bacillus kann auf Bouillon kultiviert werden. Die auf die Wangenschleimhaut von Kaninchen inokulierten Kulturen erzeugen dort eine mit der Noma identische Gangrän.

6. Der Bacillus tritt in Begleitschaft anderer Mikrobien (Streptokokken, Spirochäte, Bacillen) in den Organismus durch den Mund ein, und zwar durch Vermittelung des Zahnfleisches. (*La Roumanie méd.* 1894. No. 6.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Der äuſsere Milzbrand des Menschen, II. Teil,[1] von Kurt Müller. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 35 u. 36.)

II. Klinische Erscheinungen und pathologische Anatomie.

Der lokale Milzbrand beginnt meist als umschriebener Prozeſs, selten als diffuser, phlegmonöser. Die Pustula maligna zeigt zunächst, wahrscheinlich 24 Stunden nach der Infektion, ein kleines Bläschen. Daſs die Inkubation auch länger dauern kann, beweist ein Fall bei einem Kollegen, der sich bei Experimenten mit der Nadel der Pravazschen Spritze in der Gegend des Phalangealgelenkes des Daumens gestochen hatte. Trotz sofortiger Desinfektion durch Sublimat entsteht am fünften Tage ein kleines rotes Bläschen, dessen Inhalt typische Milzbrandkulturen ergab. Es tritt Lymphangitis hinzu, an Stelle des Bläschens entsteht ein Geschwür von ovaler Form, mit gewulstetem Rande und zentraler Nekrose. Am sechsten Tage ist die nekrotische Masse absolut bakterienfrei. Ausgang in Heilung.

Gewöhnlich entstehen um das meist abgekratzte juckende Bläschen neue, die Haut rötet sich, schwillt an, zentral tritt Nekrose ein, den nekrotischen Herd umgiebt dann ein Wall von Bläschen auf gerötetem Grunde. Die Flüssigkeit, die unter dem abgehobenen nekrotischen Schorf hervortritt, enthält massenhaft Bacillen, die virulent sind. Die Drüsen sind oft schon geschwollen, das Gesamtbefinden meist noch ungestört. Mit oder ohne Trübung der Bläschen durch Sekundärinfektion tritt starkes,

[1] I. Teil s. Bd. XX. S. 470.

oft weitgehendes bakterienhaltiges Ödem auf. Die Keime verlieren sehr bald an Wachstumsenergie und Virulenz, man findet nur wenige, stets aufserhalb der Leukocyten gelegene, oft auch Involutionsformen, wie sie stets ein unpassendes Nährmedium hervorbringt. Ein solches scheint aber der Mensch für den Milzbrandbacillus zu sein; in ihm begegnet man nie Sporulationsvorgängen, wie in der Kultur. Wo die stärkeren Ödeme fehlen, ist der Fall als ein leichter anzusehen.

Bei stärkerem Ödem finden wir meist charakteristische Allgemeinerscheinungen: Angstgefühl, Schwere in den Gliedern, Druckgefühl im Leibe, Schwindel, Somnolenz. Das Sensorium ist trotzdem frei; auf Anrufen geben die Kranken präcise Antwort. Daneben treten oft heftige Durchfälle, sogar blutige, Verringerung der Harnmenge ein.

Nach Davies-Colley giebt der Sitz am Halse die schlechteste Prognose (Mediastinitis, Glottisödem), an den unteren Extremitäten die beste. Es soll das mit den Behandlungsprinzipien von v. Bramann übereinstimmen (Bettruhe, Elevation, Ruhigstellung) denn es ist anzunehmen, dafs die Patienten mit Milzbrand am Unterschenkel nicht umhergelaufen sind.

Die Diagnose ist leicht bei bakteriologischem Nachweis; wo sich Degenerationsformen finden, ist Tierversuch unentbehrlich, Kulturen gehen gar nicht oder nur auf Agarplatten auf. Ohne Nachweis der Bacillen ist die Diagnose nicht gesichert.

Bacillen im Blute sind nie gefunden.

Die Temperatur, über deren Verlauf bisher wenig Positives bekannt ist, verhielt sich so, dafs stets spätestens am zweiten Tage des klinischen Aufenthaltes ein steiler Abfall der Temperatur zur Norm erfolgte, und diese dann weiterhin normal blieb. Die Zahl der Fiebernden betrug überhaupt nur $^1/_4$ der Erkrankten, $^3/_4$ blieben durchweg fieberfrei. Die höchste Temperatur betrug einmal 40,2.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der äufsere Milzbrand des Menschen, von Julius Schnitzler. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 39.) Gegenüber den von Müller aufgestellten Forderungen einer konservativen Behandlung bei Milzbrandpusteln führt der Vortragende zunächst einen Fall an, wo das Fieber und die Allgemeinerscheinungen sich erst besserten nach Exstirpation der Lymphdrüsen; in ihnen wurden voll virulente Milzbrandbacillen gefunden. Sodann wendet er sich zu einer Kritik der von Müller gegen die Exstirpation der Pustel erhobenen Einwände. Das Hineingelangen der Keime in eröffnete Blutwege kann man durch Operation mit dem Paquelin verhüten; aufserdem ist eine blutende Fläche auch nicht leicht zu inficieren. Die Elimination der in der Pustel gelegenen Keime und der in ihr entwickelten Toxine durch radikale Entfernung genügt am besten den Indikationen. Es ist die expektative Behandlung daher nicht zu empfehlen, sie ist unlogisch gegenüber einer Infektion, die Stunden und Tage lokal bleibt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Milzbrand, von Alexander Lerch. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 45.) Ein Arbeiter zeigte in der Regio colli lateralis sinistra nach hinten und unten von dem Processus mastoideus eine harte Anschwellung, auf deren Höhe eine braune Borke, am Rande kreisbogenartig angeordnete Bläschen mit hellerem glasigem oder trübem Inhalt; Fieber. Tags darauf ist die Infiltration prall, an der linken Thoraxhälfte Infiltration, Rötung, später Anschwellung der Lymphdrüsen am Halse und in der Achselhöhle; Kollaps. Nachdem an Stelle des Ödems eine diffuse subkutane Blutung getreten, tritt am dritten Tage der Erkrankung der Tod ein. Die bakteriologische Untersuchung ergiebt den Befund von Milzbrandbacillen in dem Karbunkel und den Lymphdrüsen, die Sektion zahlreiche Milzbrandkarbunkel des Magens und im oberen Teile des Jejunum.

Der Kranke hatte sich durch Tragen von Tierhäuten auf der linken Schulter inficiert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lussana Felice führte einen Fall von **Pustula maligna zu rascher Heilung mittelst Elektrolyse**: Kupferplatte, negative Elektrode auf die Pustel, Stromstärken von 30 Milliampères, Sitzungen von 20 Minuten. (*Boll. d. soc. med. di Bergamo; Policlinico.* 1894. No. 18.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über einen Fall von Milzbrand beim Menschen berichtet Hitzig-Zürich (*Correspondenzbl. f. Schw. Ärzte.* 1895. No. 6.) Es handelte sich um einen 34jährigen Schlächter, der eine an sicher konstatiertem Milzbrand verendete Kuh ausgehäutet und zerstückt hatte und sieben Tage nachher mit Fieber und Delirien erkrankte, worauf dann am linken Vorderarme unter heftiger Schwellung und Rötung der betreffenden Extremität deutliche Milzbrandpusteln auftraten. Tod nach sechs weiteren Tagen. Im Blute wurden keine spezifischen Bacillen, weder mikroskopisch, noch bakteriologisch nachgewiesen, wohl aber in der Milz, im Herzen, in der Leber, den Nieren, dem Darm, der Haut (Karbunkel), besonders reichlich im Gehirne; sie fehlten in den Lungen und den Lymphdrüsen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Therapie der Haut-Aktinomykose, von A. Staub. (*Therap. Monatsh.* Oktbr. 1894.) Verfasser hatte zwei Fälle von Haut-Aktinomykose (Gesicht und Hals) zu behandeln. Im ersten wurde Operation abgelehnt. Verfasser wendete daher äufserlich antibacillär wirkende Mittel an, und zwar Pflaster mit Chrysarobin, Resorcin und Ichthyol. Die Heilung war in beiden Fällen eine vorzügliche, und zwar involvierten sich die alten Herde aufserordentlich rasch, während die frischen nur sehr zögernd zurückgingen. Im zweiten Falle wurde nebenher innerlich Jodkalium gegeben, doch ohne auf die Besserung einen bemerkbaren Einfluſs auszuüben. *F. Hahn-Bremen.*

Bérard stellte einen 20jährigen Bauernburschen mit **Aktinomykose** des Unterkiefers in der Nähe des Temporo-Maxillargelenkes vor. Ausgedehnte Infiltration. Fisteln. (*Lyon méd.* 1895. No. 8.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Elephantiasis Arabum auf den Südseeinseln, von P. Manson. (*Brit. med. Journ.* 2. Juni 1894.) Die Elephantiasis der Südseeinseln ist bis jetzt nicht genügend studiert. Namentlich hat man sich bis jetzt wenig Mühe gegeben, die Ätiologie klarzustellen. Die Elephantiasis ist hier eine sehr verbreitete, nahezu endemische Krankheit, die mit besonderer Vorliebe die Brüste und die Arme befällt. Als allgemeine Ursache für den endemischen Charakter wird gewöhnlich ein Parasit, die Filaria nocturna angenommen; doch glaubt Verfasser, daſs wahrscheinlich noch andere pathologische Momente zum Entstehen der Krankheit beitragen. Ein prägnanter Fall von Elephantiasis, auf die linke Körperseite, linke Mamma, Arm, Bein beschränkt, wird beschrieben. *C. Berliner-Aachen.*

Elephantiastisches Ödem des Hodensackes und der linken unteren Extremität im Gefolge eines durch Tripper hervorgerufenen strumösen Bubo, von P. Mermet. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 9.) Der 26jährige Patient bekam am 11. August eine akute Blennorhoe, die am 26. August schon durch eine linksseitige Nebenhodenentzündung kompliciert wurde. Bald trat auch rechtsseitige Hodenentzündung hinzu und entwickelte sich ein entzündlicher Bubo der linken Leiste, der bis um die Mitte des September eiterig geworden war und geöffnet werden mufste. Vom Anfange September an entwickelte sich nun allmählich ein kolossales Ödem am Hodensack und an der linken unteren Extremität. Erst Anfang Dezember begann

unter Druckbehandlung der Umfang der ödematösen Organe sich langsam zurückzubilden, und Mitte Dezember war fast normale Beschaffenheit eingetreten.

Der Verfasser glaubt, dafs dieses elephantiastische Ödem durch eine Verstopfung Behinderung im lymphatischen System hervorgerufen wurde. Im Beginne der Elephantiasis hätte sich der Leistenbubo noch in der einfach entzündlichen, nicht eiterigen Periode befunden; zu dieser Zeit konnten die Lymphstränge des Hodensackes und die oberflächlichen des unteren Gliedes nur in der entzündlichen, die Drüsen umgebenden Zone eingeschnürt werden. Später, da das Ödem sein Maximum erreicht hatte, hatte sich der unterdessen incidierte Bubo wieder geschlossen und bot eine harte, derbe Konsistenz dar. Diese Verhärtung der Drüsen, welche auf die anfängliche heftige Entzündung gefolgt war, mufste den Lymphstrom hemmen und hinter den Drüsen im ganzen lymphatischen Netze des linken unteren Gliedes und der entsprechenden Hodenseite eine Dilatation herbeiführen. Schliefslich Wiederherstellung des Lymphstromes durch Anastomose. *Neuhaus-München.*

Kasuistische Mitteilungen, von Julius Schnitzler. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 11.) Verfasser berichtet unter anderem über einen Fall von **elephantiastischer Verdickung des rechten Armes infolge amniotischer Umschnürung.** Ein acht Monate altes Kind zeigt diese Veränderung, die nach der Geburt schon bemerkt wurde, aber lange nicht so hochgradig war. Die Einschnürung befindet sich am unteren Ende des oberen Viertels des rechten Oberarmes, dessen Umfang an der Stelle der gröfsten Verdickung 35 cm beträgt gegenüber 15 cm am linken Oberarme. Von sonstigen Abnormitäten weist das Kind auf am rechten Fufse ein Fehlen der Endphalange der grofsen Zehe, und der dritten Zehe, der zweiten und dritten Phalange der zweiten, vierten, fünften Zehe. Am linken Fufse ist nur die fünfte Zehe normal; an der Basis der dritten und vierten Zehe findet sich eine tiefe Einschnürung; die Weichteile des Dorsums der dritten Zehe sind sehr verdickt; an der ersten und zweiten Zehe ist nur die erste Phalanx vorhanden. Der rechte Oberarm wurde amputiert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Elephantiasis, von L. L. Hill. (*Med. News.* 30. Juni 1894.) Es wird im allgemeinen angenommen, dafs diese Affektion in den Vereinigten Staaten selten vorkomme; Verfasser hat aber gefunden, dafs dieselbe im Staate Alabama namentlich bei den Negern keineswegs eine so grofse Seltenheit sei. Er selbst hat sechs derartige Fälle bisher beobachtet, wobei es sich fünfmal um Schwarze handelte. Die vorgenommenen Operationen ergaben recht erfreuliche Resultate. Die Affektion betraf einmal den Unterschenkel, einmal Unter- und Oberschenkel, einmal den Penis allein, ferner das Präputium, Scrotum und die Clitoris. Syphilis war nur bei zwei Fällen nachzuweisen. Im Anschlufs an seinen Bericht über diese sechs Fälle erwähnt Verfasser kurz die bekannten Symptome, Ätiologie und übliche Therapie des Leidens. *Philippi-Remscheid.*

Über eine eigenartige Hautveränderung bei Spina bifida, von Theodor Spitzschka. (*Prag. med. Wochenschr.* 1894.) Verfasser berichtet einen Fall von Spina bifida bei einem 33jährigen Manne, bei welchem die Haut über der Wirbelspalte in der Ausdehnung von 20 cm Länge und 14 cm Breite **elephantiastisch verdickt**, derb, uneben, grob gefaltet, trocken und höckerig war. Die Verdickung war nicht scharf begrenzt, sie ging allmählich in die Umgebung über. Aufser dieser sehr seltenen, umschriebenen Elephantiasis sind bei der Spina bifida von Hautveränderungen noch beobachtet: Hypertrichosis, Verdünnungen, narbige Veränderungen, oft mit reichlicher Vaskularisation, Pigmentflecke. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Statistischer Beitrag zur Kenntnis des Erythema nodosum, von H. Schulthess. (*Korrespondenzbl. f. schw. Ärzte.* 1895. No. 3.) Das Material, das dem Verfasser zur Verfügung stand, erstreckt sich über 121 Fälle, welche im Verlaufe von zwölf Jahren an der Züricher Poliklinik zur Beobachtung kamen. Diese 121 Fälle repräsentieren 0,15% der Gesamtzahl von Erkrankungen (80,000), welche in genanntem Zeitraume behandelt wurden. Verfasser hat bei seinen Untersuchungen die Beziehungen des Erythema nodosum zu anderen Affektionen (Infektionskrankheiten), zu den verschiedenen Jahreszeiten, zum Alter und dem Geschlecht der Patienten berücksichtigt und findet dabei, daſs „das Erythema nodosum sowohl in seinem Gang durch die einzelnen Jahre und Jahreszeiten, als auch im vorzugsweisen Befallen eines bestimmten Lebensalters, der Jugendzeit, wobei die Geschlechter in verschiedenen Altersklassen verschiedenen Anteil nehmen, getreulich sich nach den akuten allgemeinen Infektionskrankheiten, namentlich denjenigen mit typischer Lokalisation auf der Haut richtet, während er durchaus abweicht von dem durch die sog. Hautkrankheiten dargestellten Typus". Er betrachtet das Erythema nodosum als eine selbstständige akute, allgemeine Infektionskrankheit, welche ätiologisch mit Wohnungsfeuchtigkeit und der Wachstumsperiode (Anämie und Chlorose etc.) im Zusammenhange steht. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Margarucci berichtet über **einen Fall von progressiver emphysematöser Gangrän infolge von Infektion durch den Bacillus coli.** (*Il Policlinico.* 1895. No. 5.) Die Läsion, welcher gastro-intestinale Störungen vorangegangen waren, bestand in einem weit ausgebreiteten emphysematösen Ödem mit ausgedehnten gangränösen Partien, das die ganze linke Thoraxseite, von der Schlüsselbeingegend bis auf den Oberschenkel und die Genitalien reichte. Die bakteriologische Untersuchung der subkutanen Gewebsflüssigkeit im Bereiche der Affektion ergab auſserordentlich reichliche Mengen von Colibacillen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über eine eigenartige Form von Hautgangrän und Pustelbildung, von J. Rotter-Berlin. (*Deutsche Gesellsch. f. Chir.* XXIII. Kongreſs. 18. bis 21. April 1894.) Bei einem 28 Jahre alten, sonst gesunden Manne entstand am rechten Unterschenkel eine nahezu die halbe Oberfläche desselben einnehmende Gangrän. In der 2. bis 5. Woche traten bis zweimarkstückgroſse, tiefgreifende, hämorrhagische Pusteln auf in der ganzen Krankheitszeit bis zum Ende des vierten Monats 25—30 kleinere, oberflächliche blutig-eiterige Pusteln. Aus den Krankheitsprodukten wurde ein Bacillus gezüchtet, der 1. durch den konstanten Befund, 2. durch den positiven Ausfall der Rückimpfung, 3. durch den Nachweis immunisierender Substanzen im Blute des Patienten — als pathogen erwiesen wurde. Die immunisierende Substanz war in der siebenten Krankheitswoche noch geringwertig, in der elften dagegen sehr wirksam, was auf das Zustandekommen der Spontanheilung interessante Schlüsse ziehen läſst. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von akuter Dermatomyositis, von Buss.

Über gutartige Fälle von Dermatomyositis acuta, von Herz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 41.) Die zuerst von Wagner, Hepp und Unverricht beschriebenen Fälle verliefen letal; allmählich kamen Berichte über ähnliche gutartig verlaufende Fälle. Es handelt sich um Patienten mit Schmerzen und Steifigkeit in verschiedenen Muskelgebieten, vorwiegend der Extremitäten; die Muskeln begannen anzuschwellen; es zeigten sich Ödeme und purpura- oder erythemartige Ausschläge. In vielen Fällen war Angina vorhanden, ebenso Stomatitis, so daſs man die Sache wohl als eine Infektionskrankheit auffassen kann, deren Eingangspforte des öfteren in den Rachenorganen zu suchen ist. (Cfr. akuter Gelenkrheumatismus, Erythema nodosum.)

In dem Falle von Buss begann die Erkrankung mit Angina, es bestand Fieber, Schwellungen in den Muskeln des rechten Oberschenkels und Unterarmes. Das Exanthem beschreibt Verfasser als fleckige, rote (masernartige) Verfärbung über den befallenen Muskeln; diese Schwellungen gingen zurück, andere traten auf, es entleerte sich mit dem Stuhlgange wenig frisches Blut; nach längerer Zeit trat Heilung ein.

Von den Hanzschen Fällen begann der eine ebenfalls mit Angina; die Schwellungen saßen in den Muskeln des rechten Oberschenkels, der Wade, über der Sehne des Tibialis posticus; das Exanthem wird als lividrot, erysipelasähnlich beschrieben. Am linken Beine fanden sich drei solche rote Stellen, in deren Bereich die Haut leicht ödematös, heiß, auf Druck schmerzhaft war. Im anderen Falle saß das Erythem auf der Haut über beiden Tibien und über der Sehne des Extensor hallucis longus; die Wadenmuskeln waren deutlich geschwollen.

In einem dritten Falle waren beide Arme und der rechte Fuß befallen; der Tod erfolgte hier im Koma.

Ob diesen beschriebenen Formen eine besondere Existenzberechtigung zuzuerkennen ist, bleibt abzuwarten, jedenfalls scheint der Name „Dermatomyositis" recht unglücklich gewählt; vor allem wird man die Beziehungen zum akuten (Muskel- und Gelenk)-Rheumatismus, zu den Erythemen (Erythema nodosum) genauer ins Auge fassen müssen. *F. Hahn-Bremen.*

Verschiedenes.

Der galvanische Pinsel. Die Behandlung der Impotenz, Ischias und Tabes dorsalis, von A. Wittkowski. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 40.) Der galvanische Pinsel bewirkt wie der faradische Blässe, Rötung, Schmerz. Röte und Schmerz sind aber intensiver und andauernder, die Reizwirkung also eine größere. Der galvanische Pinsel wirkt auch im Gegensatz zum faradischen in die Tiefe; er ist dem faradischen quantitativ und qualitativ überlegen. Der Schmerz hört bei beiden Stromesarten unmittelbar nach der Applikation auf, die Röte hält beim galvanischen Strome länger an, der auch Ätzungen und Verschorfungen bewirken kann. Letztere kann man durch häufigen Ortswechsel und Anfeuchten der Stelle vermeiden. Das wiederholte Eintauchen des Pinsels in kaltes Wasser mildert die unangenehme Wirkung der Metallfäden. Es setzt der galvanische Pinsel also einen weit größeren Hautreiz als der faradische; derselbe läßt sich genau lokalisieren und dosieren.

Therapeutisch ist dieser Hautreiz in dreifacher Weise von Wert:

1. Zur direkten Erregung der vasomotorischen und sensiblen Fasern; so bei Anästhesie, Parästhesie, Cirkulationsstörungen (partieller Anämie). In ersteren Fällen setzt man die Kathode trocken auf, bis heftiger Schmerz entsteht, höchstens 10—15 Sekunden, macht dann eine kleine Pause und wiederholt die Procedur; im letzteren Falle pinselt man mit der feuchten Kathode bis lebhafte Rötung eingetreten. Besonders indiciert ist dieses Verfahren bei der durch Onanie bedingten Impotenz, eine Erschöpfungsneurose durch periphere Überreizung. Die Therapie erfordert: Enthaltsamkeit, Reizung durch starken galvanischen Strom mit häufiger Öffnung bei Applikation einer kleinen Metallplatte als Kathode, sodann Streichungen mit dem angefeuchteten, galvanischen Kathodenpinsel. Das wird jeden anderen Tag drei

Minuten gemacht; nach drei Wochen dazu Kohlensäurebäder 1/2—3/4 Stunden, später Wiederholung der Kur in milderer Form.

2. Als Gegenreiz dient der galvanische Pinsel bei Myalgien, Neuralgien, Arthralgien.

3. Zur Erzielung einer reflektorischen Wirkung auf die Zentralorgane kann der galvanische Pinsel mit Vorteil verwendet werden, besonders zur Behandlung der sog. indicierten Symptome. Zu diesen zählen die Störungen der Blasenfunktion bei Tabes, die oft leicht einer Besserung oder auch einer Heilung zugänglich sind. Man appliciert den galvanischen Pinsel über dem Lendenmark. Auch die Sensibilitätsstörungen lassen sich leicht beeinflussen durch diese Therapie. Die Rötung tritt an den anästhetischen Teilen meist später auf, mit der Besserung der Anästhesie ändert sich auch das. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Tabakrauchen von Kranken und Rekonvalescenten, von Ludwig Jankau. (*Zeitschr. f. Krankenpfl.* 1894. No. 7.) Aus diesem, die Indikationen des Rauchens für Kranke und Rekonvalescenten behandelnden Artikel, dessen Inhalt nicht jeder in allen Teilen zustimmen wird, sei nur hervorgehoben, dafs Verfasser bei Luetischen das Rauchen an sich für günstig hält, da es im Munde auch bakteriell wirkt. „Leukoplakia oris" oder Neigung zu Plaques in der Mund-Rachenhöhle treten um so leichter auf, je stärkere Cigarren geraucht werden. Es mufs das Rauchen starker Cigarren daher in solchen Fällen untersagt werden, oder durch vom Verfasser empfohlene, in einer Filtration des Rauches durch Watte bestehende Vorrichtung die „Schärfe" des Rauchens gemildert werden. Cigaretten sind stets schädlich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das „Sich-versehen" der Schwangeren, von H. Work. (*Med. News.* 27. Oktober 1894.) Die Möglichkeit einer intrauterinen Beeinflussung der Entwickelung des Fötus durch etwaige von der Mutter erlittene Nervenerregung wird im allgemeinen von deutschen Ärzten auf Grund der fehlenden Nervenverbindung im Nabelstrang als ein Ammenmärchen kurzer Hand zurückgewiesen. Bei einer Umfrage unter den amerikanischen Kollegen dagegen hat Verfasser mehrfach Antworten erhalten des Inhalts, dafs derartige Gemütserregungen in der That im stande seien, einen Einfluſs auf die Entwickelung des Fötus auszuüben und zur Entstehung von Anomalien an der Haut und anderen Teilen den direkten Anlafs abzugeben. In diesem Sinne äufserten sich Penrose, Goodell und Starr (Philadelphia), Mann, Hirot, Thorns und Norburg, während andere die Sache als noch unerwiesen, und wieder andere als unwahrscheinlich bezeichneten. Work berichtet über 16 Fälle, bei denen er einen derartigen Zusammenhang glaubt nachweisen zu können, und über weitere acht Fälle von anderen Beobachtern. Seiner Meinung nach ist es gar nicht möglich, eine solche Wechselbeziehung zu leugnen. Er erklärt dieselbe durch eine entsprechende Störung des Blutlaufs an den betreffenden Teilen, als intrauterine Blutung, lokale Entzündung oder zeitweilige Stockung der Blutzufuhr zu den betreffenden Teilen. Man wird zugeben, dafs die ganze Frage noch manches Rätselhafte enthält und dafs die Lösung noch länger fortgesetzte Beobachtung erfordert. *Philippi-Nicheim.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXI. No. 8. 15. Oktober 1895.

Beitrag zur Kenntnis der Entzündung der Glandula vestibularis major (BARTHOLINI).

Von

Prof. Dr. R. Bergh.

In seiner tüchtigen Arbeit über die später sog. vulvo-vaginalen Drüsen hat Tiedemann ziemlich gründlich die historische Entwickelung der Kenntnis dieses Drüsenapparates dargestellt.[1] Plazzoni (1621), A. Spigelius (1627), Rhodius (1661), Rolfinck (1664) und de Graaf (1672) hatten (beim Weibe) schon die Öffnungen der vulvo-vaginalen Gänge gesehen, sowie einige von ihnen die Entleerung eines klaren Fluidums aus denselben angegeben oder beobachtet. Erst dem Guichard du Verney (Duverney) glückte es aber, eine besondere, ähnlichen Öffnungen entsprechende Drüse, und zwar bei der Kuh, nachzuweisen. Seinen Fund teilte er seinem damals in Paris weilenden Freunde C. Bartholin mit, welcher denselben bestätigte und die Entdeckung (1676) veröffentlichte. Einige Jahre später (1680) fand Bartholin, der dann in Firenze (Osp. S. Maria nuova) studierte, in einem weiblichen Leichnam die entsprechende Drüse[2] und konstatierte die klebrig-schleimige Beschaffenheit des Sekrets derselben. Duverney selber, Harder u. a. bestätigten die Richtigkeit der Angaben Bartholins, während durch Morgagni (1706) eine genauere Kenntnis des Baues der Drüse hinzukam und durch Santonini (1775) der Drüsenapparat abgebildet wurde. Von den nachfolgenden Anatomen wurden die Drüsen ganz allgemein anerkannt und als die Duverneyschen, Bartholinschen oder Cowperschen Drüsen oder als die weibliche Prostata beschrieben,[3] während Haller (1745) ihr Dasein ganz verneinte, indem er nur die Öffnungen derselben finden konnte, welche er als den (mitunter auch nicht ganz

[1] Fr. Tiedemann, *Von den Duverneyschen, Bartholinschen oder Cowperschen Drüsen des Weibes etc.* Mit 4 Taf. 4°. 1840. (pag. 7—12).

[2] *Acta med. Hafn.* V. 1680. obs. 14. pag. 33.

[3] Später hat Hyrtl (*Lehrb. d. Anat. d. Menschen.* 18. Aufl. 1885. pag. 821) sie auch Tiedemannsche Drüsen genannt.

kurzen) Schleimdrüsen (Sinus muciferi) angehörend betrachtete. Wegen der Autorität Hallers gerieten diese Drüsen fast in Vergessenheit. Sabatier (1791), Guthrie (1834) und Taylor (1838) erwähnten sie doch wieder; aber erst Tiedemanns (durch Fricke veranlafste) bedeutende Arbeit (1840) retablierte wieder die Drüsen und ihre Bedeutung. Darauf hat J. Heiberg[4] eine ganz sorgfältige Untersuchung der Drüsen und ihrer sehr dehnbaren Ausführungsgänge (1842) geliefert. Später findet sich dieses Drüsensystem mehr oder weniger speziell in den anatomischen Lehrbüchern abgehandelt; mehr eingehend doch aber erst nach Erscheinen (1850) der umsichtigen Arbeit von Huguier,[5] die sich auf eine (von 1841—1850 fortgesetzte) Untersuchung von 35 Weibern und 26 Kindern stützt. Huguier nannte die Drüsen vulvo-vaginale. Der von der (internationalen) deutschen anatomischen Gesellschaft kürzlich angenommenen Nomenklatur zufolge (His, *Die anatomische Nomenklatur*. 1895. pag. 64) wäre die Drüse „Glandula vestibularis major (Bartholini)" doch lieber zu benennen.

Diese vulvo-vaginalen Drüsen liegen nach unten und aufsen an den Seiten der Vulva, im untersten Teil der Grofslippen, oft aufserhalb und nur wenig unterhalb der Commissura vulvae posterior fühlbar,[6] mitunter gleichsam durch einen ganz kurzen Strang an den Ramus ascendens ischii geheftet. Im Laufe der letzten acht Jahre bin ich bemüht gewesen, durch Palpation bei lebenden und gesunden Individuen das Dasein dieser Drüsen zu bestimmen. Im ganzen wurden in dieser Beziehung 1047 meistens junge und früher nie venerisch afficierte Individuen der geheimen Prostitution untersucht.[7] Von denselben waren 450 noch nicht 20 Jahre alt (davon 169 noch nicht 18) und nur 88 über 30 (bis 56) Jahre; 18 waren gravid, 25 schienen ungewöhnlich sensuell zu sein. Von diesen 1047 Individuen hatten 146 Leiden des vulvo-vaginalen Drüsenapparats (oder schienen in einzelnen Fällen solches gehabt zu haben), 61 an der rechten, 44 an der linken und 41 an beiden Seiten.[8] Bei 398 der restierenden 901 glückte es nicht (deutlich), die Drüse oder ihren Gang durchzutasten. Bei 440 der übriggebliebenen 503 Individuen wurde nur die Drüse deutlich

---

[4] Joh. Heiberg, Om Betænd. af Sliimkjertlerne i Vulva. *Ugeskr. f. Med. og Pharm.* Christiania. I. 1842. pag. 19.

[5] Huguier, Mém. sur les appareils sécrét. des org. gén. ext. chez la femme et chez les animaux. *Ann. des sc. nat.* 3. S. Zool. XIII. 1850. pag. 239—294 (246, 281). pl. 9.

[6] Bärensprung (*Ann. d. Charité-Krankenh.* VI. 1. 1855. pag. 38) zufolge sollte die Drüse in normalem Zustande gar nicht zu tasten sein. Übrigens scheinen hierauf bezügliche eigentliche Untersuchungen nicht angestellt zu sein.

[7] Die Untersuchungen sind in dem nur venerische Frauenzimmer aufnehmenden „Vestre Hospital" in Kopenhagen angestellt, dessen Chefarzt der Verfasser ist.

[8] Bei den 21 der 105 Individuen, die einseitige Affektion gehabt hatten, konnte später weder Drüse, noch Gang gefühlt werden, ebensowenig bei 4 der 41, die doppeltseitiges Leiden gezeigt hatten.

abgetastet, bei 238 nur an der rechten, bei 10 nur an der linken und bei 192 an beiden Seiten. Bei 38 war nur der mehr nach oben und mehr oberflächlich liegende Drüsengang fühlbar, bei 23 an der rechten, bei 6 an der linken und bei 9 an beiden Seiten. Bei 25 Individuen fühlten sich die Drüse und der Gang deutlich durch, bei 13 an der rechten, bei einem an der linken und bei 11 an beiden Seiten. Bei drei ganz jungen Individuen wurde noch dazu eine, von denselben nie bemerkte cystische Erweiterung des Ganges gefunden. — Von 298 hier im letzten Jahre in dieser Beziehung untersuchten öffentlichen Dirnen schienen 176 kein Leiden des vulvo-vaginalen Drüsenapparats gehabt zu haben. Bei 112 derselben wurde die Drüse deutlich gefühlt, bei 66 nur an der rechten, bei 7 nur an der linken und bei 39 an beiden Seiten; bei 3 anderen noch war der Gang ein wenig (an der rechten Seite) geschwollen.

Die Drüse wird von der Fascia superficialis interfeminei, sowie an der Aufsenseite mehr oder weniger vom Musculus bulbo-cavernosus (superficialis) gedeckt, ihr oberes Ende teilweise auch vom Corpus cavernosum urethrae; am öftesten liegt sie aber unfern von der Wand des Vestibulums. Einzelne Bündel des Musculus bulbo-cavernosus (profundus) scheinen auch oft die Hinterseite und die Innenseite der Drüse zu überziehen (Henle). Im lebenden und normalen Zustande soll die Drüse rötlichweifs sein; sie ist ziemlich fest, etwas elastisch, etwas uneben, meistens kaum mandel- oder bohnengrofs oder noch kleiner. Sich auf eine Untersuchung von neun erwachsenen Individuen stützend, giebt Tiedemann (l. c. pag. 13) die Länge als von 14—27 mm bei einer halb so grofsen Breite und noch geringerer Dicke variierend an; Henle zufolge[9] beträgt die Länge der Drüse 15—20 mm. Aus den Genitalien eines 22jährigen Mädchens mit intaktem Hymen habe ich die rechte vulvo-vaginale Drüse herauspräpariert, die linke schien (wenigstens makroskopisch) zu fehlen; sie war durch weifsliche kurze Bindesubstanz an die Umgebungen geheftet, von einer dünnen Tunica propria überzogen. Sie lag etwas schräge in der Lippe, war ein wenig zusammengedrückt, im distalen (unteren) Ende etwas dicker; ihr hinterer-innerer Rand war ein wenig breiter und etwas abgeplattet, ihr vorderer-äufserer schmaler und mehr konvex; die Länge betrug 9 mm bei einer fast durchgehenden Breite von etwa 3 und bei einer Dicke (von vorn nach hinten) bis 5,2 mm. Die Oberfläche war ganz schwach knotig; nach hinten, vom hinteren-inneren Rande ging der Ausführungsgang aus, der dünne war, ein wenig länger als die Drüse, fast gerade. Bei einem anderen 23jährigen Individuum, ohne vorausgegangene Bartholinitis, betrugen die entsprechenden Mafse 12, 5 und

[9] Henle, *Handb. der syst. Anat.* II. 1873. pag. 441.

6 mm. Die Drüse ist also länglich, etwas zusammengedrückt, im ganzen von etwas variabler Form und Gröfse. Verschiedenen Angaben nach soll sie oft von ungleicher Gröfse an den beiden Körperseiten sein, besonders oft an der linken Seite[10] gröfser; im Gegensatz dazu fand ich (s. oben) sie bei 238 (von 503) Individuen nur an der rechten Seite ausgeprägt, an der linken aber nur bei 10. Mitunter sollen diese Drüsen (wie die ihnen beim Manne entsprechenden bulbo-urethralen (Cowperschen) Glandeln) sich in mehr oder weniger geschiedenen Läppchen aufgelöst vorfinden, in welchem Falle sie ja kaum von aufsen her tastbar sein würden. Schon MORGAGNI, später TIEDEMANN u. a. haben in einzelnen Fällen in Leichen vergebens an der einen oder anderen Seite die Drüse gesucht, was ja auch mir passiert ist. Die Drüse ist von acinösem Baue, aus dichtgedrängten, kugel- oder blinddarmähnlichen Endlappen zusammengesetzt, die innerhalb einer dünnen, strukturlosen Basalmembran von einem ziemlich niedrigen Cylinderepithel (bei dem untersuchten Individuum etwa 0,025 mm hoch) überzogen sind; der Kern liegt am Grunde der Zellen. Die Läppchen sind miteinander durch eine nicht reichliche, von elastischen Fasern und Gefäfschen durchzogene Bindesubstanz verbunden, welche etwas reichlicher auch die ganze Drüse einhüllt.[11] — Gegen das untere Ende der Innenseite oder dem inneren Rande der Drüse mehr genähert, tritt der Ausführungsgang hervor, welcher in der Tiefe der Drüse aus mehreren (vielleicht meistens 3) Stammästen entsteht. Seine Wand ist hauptsächlich aus Bindesubstanz mit Fasern gebildet, die Innenseite mit einem niedrigen Cylinderepithel bekleidet, welches in der Nähe der Mündung des Ganges in ein mehrschichtiges Pflasterepithel, fast dem des Vestibulums ähnlich, übergeht. Der Gang verläuft schräg, mitunter ein wenig geschlängelt, mit einer Länge von höchstens 15—20 mm, nach innen und etwas aufwärts, selten mehr horizontal, gegen die Wand des Vestibulums, wo er aufserhalb des mittleren oder unteren Teiles der lateralen Karunkel (Hymen) einmündet. Die Lichtung des Ganges beträgt gewöhnlich 1—2 (3) mm; mitunter ist dieselbe etwa an der Mitte der Länge ein wenig ampullenartig erweitert, sowie die Stammäste des Ganges mitunter auch in ähnlicher Weise tiefer in der Drüse an den Teilungsstellen erweitert sein sollen. Wie schon von C. BARTHOLIN, JOH. HEIBERG (1842), MARTIN und LEGER, sowie in neuester Zeit von LANG, TROST und vom Verfasser beob-

---

[10] LEROUX, *Contribut. à l'étude des kystes de la glande vulvo-vaginale.* 1878 pag. 6.

[11] LANGERHANS, Über die accessorischen Drüsen der Geschlechtsorgane. *Virch. Arch.* Bd. 61. 1874. pag. (208—228) 222—225. Taf. IX, Fig. 25. — Vergl. SCHEINDEMÜHL, *Vergleichende anatomische Untersuchungen über den feineren Bau der Cowperschen Drüse.* Mit Taf. Dissert. Erlangen 1883. pag. 23—25.

achtet,[12] kann der Ausführungsgang mitunter doppelt sein, in seiner ganzen Länge oder in einem Teile der distalen Strecke. Die also normal einfache Öffnung des Ganges liegt demnach, aufserhalb der Karunkel, meistens etwa in der Mitte zwischen der Urethralpapille und der Commissura posterior, seltener weiter nach unten, etwa in der Gegend der Drüse selbst, noch seltener weiter nach oben, der Urethralpapille genähert. Die Öffnung findet sich oft an der einen Seite in anderer Höhe, als an der anderen. Die Öffnung ist immer fein, besonders bei nicht-libidinösen Frauenzimmern, kann jedoch fast immer ein Pferdehaar oder eine ganz feine Sonde (Charrière No. 1) aufnehmen; oft ist sie nicht weiter oder kaum so weit, wie die Lakunen, die längs des Grundes der Karunkel vorkommen; mitunter ist sie von einer Schleimhautfalte gleichsam verdeckt.

Dieser kleine Drüsenapparat empfängt an der Innenseite der Drüse seine Arterien aus Ästen der Arteria pudendalis communis und aus der Arteria pudendalis externa (Arteria interfeminei, labialis posterior, Ramus arteriae clitoridis). Die Venen umspinnen die Drüse mit einem ziemlich dichtmaschigem Netze und scheinen aus den Venae pudendales externae und somit also von der Vena femoralis herzustammen. Die Lymphgefäfse sollen (Huguier, Martin und Leger) nicht in die Leistendrüsen, sondern in die um den Hals der Gebärmutter liegenden Drüsen einmünden.[13] Auffallend wäre es deshalb nicht, dafs die Leistendrüsen bei vulvo-vaginalen Abscessen so selten anschwellen oder entzündet werden, und zwar meistens nur, wenn die Haut oder Schleimhaut mitafficiert worden ist.[14] Die dem Drüsenapparate gehörenden Nerven werden an der Aufsenseite der Drüse von den Nervi labiales posteriores (des Nervus pudendalis communis) abgegeben.

Das Sekret der vulvo-vaginalen Drüsen ist eiweifsartig- oder gummiartig-klebrig, dem klaren Sekrete des Cervikalkanals nicht unähnlich, farblos, hyalin, alkalisch oder wenigstens nur neutral; es enthält

---

[12] Joh. Heiberg, l. c. 1842. pag. 19. — Lang, Bartholin. Drüsen mit doppelten Ausführungsgängen. *Med. Jahrb.* N. F. 1887. pag. 199—203. Taf. IV. Lang, *Der venerische Katarrh.* 1893. pag. 92 — Trost, Bartholin. Drüsen mit doppelten Ausführungsgängen. *Wien. med. Bl.* IX, 17. 1888. (Separat.) — R. Bergh, Vestre-Hosp. in 1889. 1890. pag. 16; i 1892. 1893. pag. 16.

Sänger (*Die Tripperansteckung beim weiblichen Geschlecht.* 1889. pag. 19) zufolge sollte der vulvo-vaginale Gang „oft" doppelte Mündung haben, was aber sicherlich nicht der Fall ist

[13] Poirier (*Lymph. des org. génit. de la femme.* 1890. [pag. 8.] Avec Fig.) scheint übrigens bei seinen hierauf zielenden Untersuchungen zu keinem sicheren Resultate gekommen zu sein.

[14] Es ist nämlich ganz unrichtig, wenn Js. Neumann (*Lehrb. d. vener. Krankh. und der Syphilis.* 1888. I. pag. 485) das Vorkommen von „Geschwulst und Suppuration der Inguinalglandeln als „nicht seltenes" Ereignis bei den vulvo-vaginalen Affektionen angiebt. (S. näheres unten.)

nur eine geringe Menge von Epithelzellen. Es koaguliert nicht bei Essigsäure und enthält kein Mucin.

Die Ausgiebigkeit der Drüsenabsonderung scheint bei den verschiedenen Individuen ziemlich verschieden und auch wechselnd zu sein, vielleicht ist sie im ganzen gröfser während der Menstruation. Bei libidinösen Weibern kann die Sekretion ziemlich reichlich sein und quillt nicht selten schon bei Berührung der Genitalien hervor. Bei sensuellen Küssen oder mehr handgreiflichen Agacerien oder selbst während Lesens von erotischer Lektüre können solche Individuen diurne, vigile Pollutionen haben. Manche, selbstfolglich besonders mehr sensuell veranlagte, Weiber leiden während lasciver nächtlicher Träume an nokturnen, somnikulosen, pollutionsähnlichen Entleerungen, an stofsweise eintretenden, durch Musculus constrictor cunni hervorgerufenen Ejakulationen des Sekrets, ganz wie während eines libidinösen Konnubiums.[15] Solches war schon den alten Griechen (Pythagoras, Democrit, Hippocrates u. a.) sowie Galen bekannt, und der Glaube an diesen „weiblichen Samen" und an seine Bedeutung hat sich nicht immer allein bei Laien bis auf unsere Tage hin erhalten. Es waren aber erst Diemerbroeck, Tiedemann, Huguier und Bärensprung (1855), die[16] wieder die Aufmerksamkeit auf diese Verhältnisse hinlenkten, die dann noch von J. W. Howse hervorgehoben worden sind.[17]

Der wesentliche, wenn auch vielleicht nicht einzige Nutzen dieses alkalischen Sekrets ist wohl der, den Eingang in die Vagina zu befeuchten und somit das Eingleiten des Membrum virile zu erleichtern. Vielleicht wäre auch die Beimischung dieses Sekrets dem entleerten Samen nützlich.

Die vulvo-vaginalen Drüsen scheinen sich schon früh im Fötalleben zu entwickeln, etwa am Zeitpunkte des Schlusses der geschlechtlichen Indifferenz, wenigstens schon im vierten Monate (Tiedemann, Swiecicki); etwas Genaueres über die Entwickelungsverhältnisse ist

---

[15] Wenn der zu seiner Zeit sowohl als Arzt, wie als Prediger bekannte Debreyne (*Essai sur la théol. morale.* Paris 1843. pag. 165, 166) bemerkt, dafs der Beichtvater meistens mehr von solchen Fragen als der Arzt wisse, dann ist solches vielleicht richtig, erklärt sich aber vielleicht dadurch, dafs die Beichtväter wohl im ganzen mehr als die Ärzte geneigt sind, hierhin zielende Unterhaltungen und Mitteilungen mit ihrem weiblichem Klientel zu pflegen. In der jesuitischen Kasuistik spielen übrigens diese „weiblichen Samenentleerungen" (semen muliebre), besonders während des Beischlafes, eine grofse Rolle und werden in derselben sehr oft eingehend besprochen. Vergl. P. Bert, La morale des jésuites (1880). *Biblioth. Charpentier.* 1892. pag. 442, 515 u. m. St.

[16] Huguier l. c. 1850. pag. 281. — Betz, Sur les pollutions nocturnes des femmes. *Journ. des connaiss. méd.-chir.* 1. Oktbr. 1855. pag. 514. — Bärensprung, *Ann. des Charité-Krankenh.* 1855. VI. 1. pag. 38. — Krafft-Ebing, Pollutionsähnliche Vorgänge beim Weibe. *Wien. med. Presse.* 1888. No. 11.

[17] J. W. Howse. (*New York. med. Rec.* 1877. No. 365.) *Hosp. Tid.* 2 R. IV. 1877. pag. 801.

aber nicht bekannt.[18] Sekretion von dem Drüsenapparate läfst sich schon in den ersten Monaten nach der Geburt konstatieren. HENLE betrachtet die Drüse als zunächst dem Urinsysteme gehörend, HUGUIER u. a. dagegen dem Genitalapparate, zu dessen Funktionen sie in der That auch die nächsten Beziehungen zu haben scheint und mit welchem zusammen sie zu atrophieren scheint.[19]

Falls die Drüse so, wie angegeben (HUGUIER), während der Menstruation, die mitunter von einer zeitweiligen, und zwar in ganz vereinzelten Fällen blutfarbigen Hypersekretion begleitet ist, wirklich eine vorübergehende palpable Zunahme an Volumen erlitt, dann bestände damit eine Art Übergang zu pathischen Verhältnissen; solches scheint aber nicht der Fall zu sein.[20]

Vielleicht fehlt die Drüse mitunter ursprünglich ganz, wenigstens an der einen Seite (MORGAGNI, TIEDEMANN, HUGUIER); auffallend ist es jedenfalls, dafs die Drüsen, wie oben erwähnt, im hiesigen Spitale so oft nicht tastbar gewesen sind, nicht bei 398 von 901 Individuen; ganz besonders häufig (s. oben) schien die linke Drüse zu fehlen. Mit Sicherheit ist dagegen nach Entzündungen oder Abscefsbildungen eine selbst bedeutende Atrophie, ja vielleicht vollständiges Verschwinden der Drüse beobachtet worden (s. oben), ebenso nach wiederholten Geburten (HUGUIER) und nach grofsen Cystenbildungen an den Ausführungsgängen (HUGUIER, R. BERGH).[21] Auf der anderen Seite ist auch Hypertrophie der Drüse als Folge vorhergegangener und besonders öfter recidivierter Entzündung gesehen worden.

Obgleich schon GRAAF, MORGAGNI, BOERHAAVE, HUNTER, ASTRUC, CRUVEILHIER, M. ROBERT u. a. einzelne Fälle von Leiden des vulvovaginalen Drüsenapparats gesehen hatten, datiert doch wirkliche Kenntnis derselben eigentlich erst von der zweiten grofsen Arbeit HUGUIERS[22] über diese Drüsen, in welcher die verschiedenen Affektionen derselben sich zum ersten Male übersichtsmäfsig behandelt finden.

Den Übergang von den physiologischen zu den pathischen Zuständen bilden Fälle von mehr konstanter Hypersekretion, wie solche im ganzen nicht ganz selten bei jungen und sensuellen Individuen, selbstfolglich besonders häufig bei Mädchen der öffentlichen und geheimen Prostitution,

---

[18] SWIECICKI, *Zur Entwickelung der Bartholinschen Drüse.* GERLACH, *Beiträge zur Morphologie und Morphogenie.* V. 1883. pag. 99—103. Taf. IX. — STROBEL, *Zur Entwickelungsgeschichte und Anatomie der Vagina, Urethra und Vulva.* 1893. pag. 17. Mit 2 Taf.

[19] Vergl. SCHNEIDEMÜHL, l. c. 1883. pag. 25.

[20] Vergl. R. BERGH, Vestre-Hosp. i. 1888. 1889 p. 17.

[21] R. BERGH, *Ber. fra Alm. Hosp's anden Afdeling for* 1870. 1871. pag. 49—50.

[22] HUGUIER, Mém. sur les mal. des appar. sécrét. des org. génit. ext. de la femme. *Mém. de l'acad. nat. de méd.* XV. 1850. pag. 527—847. pl. 1—5.

vorkommen. Ähnliche Zustände kommen noch in Verbindung mit Rückenmarksleiden (Crises érotiques, TROUSSEAU) vor, wie übrigens schon von SWEDIAUR[23] beobachtet wurde.

Den älteren pathologischen Anatomen waren also Leiden dieses Drüsenapparates schon bekannt, die meistens aber in die Hände der Chirurgen kamen, von welchen sie am meisten nicht streng genug diagnosticiert, sondern mit anderen Affektionen der Grofslippen vermischt wurden. Daher sind die etwas älteren Arbeiten über Cysten und Abscesse der grofsen Lippen, so die von BOYS DE LOURY (1840) und von VIDAL (1841) von nur geringem Werte. Erst von HUGUIER stammt eine schärfere Differenzierung der Affektionen der Labia majora.

Schon die ersten Berichte der zweiten Abteilung des allgemeinen Spitals von Kopenhagen (von 1867), sowie die dahingehörenden Referate in den (*Virchow- und Hirschschen*) *Jahresberichten* haben immer hervorgehoben, das die Leiden des vulvo-vaginalen Drüsenapparates hauptsächlich ihren Sitz in den Ausführungsgängen desselben hätten.[24] Fast immer aber sind diese Affektionen von den Verfassern den Drüsen zugeschrieben worden, auch in der grofsen Arbeit von BEIGEL[25] werden sie hauptsächlich als „Entzündung der Bartholinschen Drüsen" erwähnt. Erst in dem von HILDEBRANDT[26] redigierten Abschnitt des *Handb. d. Frauenkrankh.* (BILLROTH) werden die Retentionen und die Entzündungen der Ausführungsgänge jener Drüsen als die in diesem Drüsenapparat am häufigsten vorkommenden Affektionen bezeichnet, während die Drüse selbst viel seltener leiden sollte. Derselbe Standpunkt wird auch von E. SCHWARZ[27] sowie von JADASSOHN[28] eingenommen. Dagegen hat A. WOLFF[29] wieder behaupten wollen, dafs bei Entzündungen des vulvo-vaginalen Drüsenapparats die Drüse doch die Hauptrolle spiele, und LANG[30] scheint die Abscefsbildung fast nur in die Drüse zu verlegen.

Die gewöhnlichste und jedenfalls fast immer ursprüngliche Affektion ist der Katarrh des Ausführungsganges, welcher sich mitunter in die Drüse hinein fortsetzen kann. Dieses Leiden, sowie die Affektionen dieses Drüsenapparates überhaupt treten bei den verschiedenen Verfassern

---

[23] SWEDIAUR, *Traité complet des mal. syph.* 7 éd. I. 1817. pag. 225—226.

[24] R. BERGH, *Beretn. fra Alm. Hosp.* 2. Afdel. f. 1866. 1867. pag. 37 o. f. Beretn.

[25] BEIGEL, *Krankheiten des weiblichen Geschlechts.* II, 2. 1875. pag. 710.

[26] Achter Abschnitt: HILDEBRANDT, *Die Krankheiten der äufseren weiblichen Genitalien.* 1877. pag. 65.

[27] E. SCHWARZ, *Die gonorrhoische Infektion beim Weibe.* 1886. pag. 28. (VOLKMANN, *Samml. klin. Vortr.* No. 279. pag. 2030.)

[28] JADASSOHN, Zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie des gonorrhoischen Prozesses. *Verhandl. der deutsch. derm. Gesellsch.* IV. Kongr. 1894. pag. (125—157) 157.

[29] A. WOLFF, *Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh.* II. 1893. pag. 415.

[30] E. LANG, *Der venerische Katarrh.* 1893. pag. 92.

unter dem Namen Bartholinitis (Breton), Cowperitis (Rollet) oder Affektion der vulvo-vaginalen Drüsen (Huguier) auf.[31]

So wie es unzweifelhaft Urethritiden giebt, die von Übertragung von Gonokokken nicht herrühren, sondern Folge von mechanischen, chemischen oder andersartigen, auch ganz insonten Irritationen sind, so kann dasselbe auch mit den vulvo-vaginalen Katarrhen der Fall sein. Unzweifelhaft kommen solche einfache katarrhalische Affektionen mit weifslichem oder gelblichem Ausflusse vor, bei welchen wiederholte Untersuchungen keine Gonokokken, nur andere pyogene Mikrobien werden nachweisen können. Vor Jahren habe ich zwei sicher hierher gehörende Fälle beobachtet, die aber von der Zeit vor 1879, vor der Entdeckung der Gonokokken stammen.

Der eine betrifft eine soeben verheiratete junge Predigerfrau, deren Mann vor der Heirat nie Beischlaf geübt hatte; die ungeschickten, im Laufe von mehr als einer Woche fleifsig wiederholten konnubialen Versuche hatten stellenweise ein Zerreifsen des Hymens, Vulvitis mit Vaginismus und purulentem Ausflufs des einen vulvo-vaginalen Ganges zur Folge gehabt. Im anderen Falle fand sich bei einem jungen verlobten Mädchen der besten Klassen, bei vollständig intaktem Hymen mit enger Öffnung an der einen Seite ein vulvo-vaginaler Abscefs; die Patientin hatte kürzlich an (epidemischer) Parotitis gelitten; geschlechtliche Berührung schien den Umständen nach ausgeschlossen. Beide Fälle verliefen ungemein schnell.

Pollaczek[32] hat (aus der Poliklinik von Rósa) zwei ähnliche Fälle beschrieben; der eine betrifft ein 14jähriges Mädchen mit intaktem Hymen, der andere eine vier Tage vorher verheiratete junge Frau. Hieran schliefsen sich noch zwei andere, von Hugo Feleki[33] beobachtete Fälle. Welander[34] will auch recht häufig Bartholinitiden ohne Gonokokken gesehen haben, und selbst in Fällen, bei welchen virulente Urethritis nachgewiesen war. Auch Bumm[35] berichtet einen Fall von abscedierender Affektion, bei welchem blennorrhoische Infektion auszuschliefsen wäre, so wie Gonokokken sich auch nicht nachweisen liefsen, wohl aber verschiedene andere Bakterien. Bei mehreren, im letzten Decennium hier im Spitale vorgekommenen Fällen von Bartholinitiden haben auch Diplokokken gefehlt, und nur verschiedene andere Kokken

---

[31] Die Benennung Bartholinitis scheint von E. Breton (*De la Bartholinite ou inflammation de la glande vulvo-vaginale.* Thèse de Strafsbourg. 1861), die von Cowperitis von Rollet (*Traité des mal. vénér.* 1865. pag. 388) zu stammen.

[32] Pollaczek, Zur Ätiologie der Bartholinitis (*Gyógyászat.* 1889. No. 45, 46.) — *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. X. pag. 144.

[33] H. Feleki, Über sog. latente Gonorrhoe etc. *Intern. Centralorg. f. d. Phys. u. Path. d. Harn- u. Sexualorg.* 1893. IV. pag. 21. — Ist die Entzündung der Bartholinischen Drüse eine blennorrhoische Affektion? (*Gyógyászat.* 1889. No. 35.) *Monatsh. f. prakt. Derm.* X. 1890. pag. 144—145.

[34] Welander, Några Undersökn. om Gon. patogena Microber. *Nord. med. Arkiv.* XVI, 2. 1884. pag. 34—38. Mit Taf.

[35] Bumm, *Der Mikroorganismus der gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen, „Gonococcus Neisser".* 2. Ausg. 1887. pag. 51.

und Bakterien, besonders Streptokokken und Staphylokokken, sind nachgewiesen worden.

In der überwiegenden grofsen Mehrzahl der Fälle ist das Leiden doch von virulenter, von blennorrhoischer Natur, von Einwanderung von Gonokokken herrührend.

Nach der Urethritis ist die vulvo-vaginale vielleicht die häufigste blennorrhoische Affektion beim Weibe, meistens wohl häufiger, als der Cervikalkatarrh, welcher noch dazu oft gar nicht blennorrhoischer Art ist. Brünseke[36] sah zwar (bei einem Material von 200 Individuen) Urethritis bei 90%, Cervikalkatarrh bei 37,5% und Bartholinitis nur bei 12,5%. Im Vestre-Hospital von Kopenhagen fiel in 1894 bei einer Belegung von in allem 1762 Individuen (von welchen 1070 der öffentlichen, 692 der geheimen Prostitution angehörten) 942 (432 + 510) d. h. etwas über 53,4% Fälle auf Urethritis, 133 (51 + 82) d. h. etwas über 7,5% auf Bartholinitis und 98 (62 + 36) d. h. ein wenig über 5,5% auf Cervikalkatarrhe. 110 (46 + 64) Individuen von 133 hatten zu gleicher Zeit Urethritis, 15 (4 + 11) Cervikalkatarrh.[37] Kaestle[38] fand unter 341 in den Jahren 1884—1890 im Juliushospital von Würzburg wegen Urethritis behandelten Individuen 44 mit Bartholinitis, oder solche kam bei fast 13% derselben vor, während die von ihm gelieferten Übersichten aus München und von den Wiener Spitälern doch nur 8—10%, nur für ein Jahr gegen 6 und 15% lieferten. A. Wolff in Strafsburg[39] hat dagegen (in 1878) 383 Fälle von Bartholinitis gegen 706 von Urethritis gesammelt, welches eine Procentzahl von etwa 54 geben würde. So häufig kommt aber die vulvo-vaginale Affektion in der Regel nicht vor. — Unter 40680 Einlagen von öffentlichen Dirnen, früher in das allgemeine Spital, später in das Vestre-Hospital von Kopenhagen, kamen in den Jahrreihen 1866—1885 und 1886—1894 inkl. in allem 1251 Fälle von Affektion des vulvo-vaginalen Drüsenapparates vor, von welchen 449 auf die letzte Jahrreihe kommen. In dieser letzteren (1886—1894) kamen bei 6902 Einlagen von Individuen der geheimen Prostitution in allem 733 Fälle dieser Kategorie vor. In der letzten Jahrreihe wurden von öffentlichen Dirnen 4437 mit Urethritis eingelegt, während in der klandestinen Abteilung 4797 Individuen mit solcher behandelt wurden; es kamen also 1182 (449 + 733) Fälle von Bartholinitis bei 9234

---

[36] W. Brünseke, *Über die Häufigkeit der gonorrhoischen Erkrankungen der einzelnen Schleimhautpartien des weiblichen Urogenitaltractus.* Würzburg. Dissert. 1890. pag. 29.

[37] R. Bergh, *Vestre-Hospital in 1894. 1895.* pag. (3—6) 16—20.

[38] Kaestle, *Über die gonorrhoische Erkrankung der Bartholinischen Drüsen.* Würzburg. Dissert. 1891. pag. 8.

[39] A. Wolff, *Beitrag zur klinischen Lehre von der Blennorrhoe beim Weibe.* 1878. pag. 19. — *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.* 1893. pag. 414.

(4437 + 4797) von Urethritis vor, d. h. das Verhältnis ist gegen 1 : 8. In dem erwähnten letzten Zeitraume ist der Urethritis und den vulvo-vaginalen Affektionen so sorgfältig hier nachgespürt worden, dafs ich, wenigstens für dieselben, die Verhältniszahl als wenigstens annäherungsweise richtig behaupten mufs. In 1894 kamen 133 Fälle von Bartholinitis auf 942 von Urethritis, oder das Verhältnis war wie 1 : 7.

Die Angaben in Bezug auf die relative Häufigkeit des Vorkommens auf der einen oder der anderen Seite lauten bei den verschiedenen Verfassern sehr verschieden; gewöhnlich wird die rechte Seite als die am häufigsten leidende angegeben. Bärensprung[40] sah unter 49 Fällen 19 rechtsseitige, 13 linksseitige und 15 doppelseitige. Js. Neumann[41] fand bei 206 Fällen 88 rechtsseitige, 116 der linken und nur 2 der beiden Seiten, während A. Wollf[42] unter 383 Fällen 123 an der rechten Seite, 130 an der linken und 130 an beiden Seiten nachwies, Kaestle[43] aber wieder unter 44 Fällen 18 rechts-, 15 links- und 11 doppelseitige vorfand. Im Allgemeinen und im Vestre-Hospital sind in der Jahrreihe 1866—1894 inkl. 1984 (1251 + 733) Fälle von Leiden des vulvo-vaginalen Drüsenapparates vorgekommen; von denselben kamen 741 (496 + 245) an der rechten, 943 (640 + 303) an der linken und 300 (115 + 185) an beiden Seiten vor. Diese Erfahrungen scheinen, und zwar sonderbar genug (weil die linke Drüse bei gesunden Individuen [s. oben] so oft weniger entwickelt scheint), ein etwas häufigeres Leiden des linksseitigen Apparates anzudeuten, sowie auch von Huguier angegeben. Salmon,[44] der in einer ganz kleinen Reihe von (acht) Fällen das linksseitige Organ meistens (sechs) leidend fand, erklärt solches durch eine prätendierte gröfsere Weite des linken Ausführungsganges, sowie er das Verhältnis bei der Untersuchung von einer Anzahl von (30) Weibern gefunden haben will. Ein solcher konstanter Unterschied in der Weite der Ausführungsgänge kommt aber nicht vor.

Mit Ausnahme von ganz wenigen waren die afficierten Individuen alle jung, oft ganz jung, meistens im Alter von 17—25 Jahren, im Alter, wo solche der freien Erotik am meisten zugänglich sind; nur einige waren noch jünger, und nur drei (emenstruierte) im Alter von 46, 49 und 54 Jahren, und von den letzteren schienen zwei nie früher ähnliche Affektionen gehabt zu haben. Die öffentlichen Dirnen liefern selbstfolglich ein nicht geringes Kontingent und besonders viele Recidive. Es

---

[40] *Ann. d. Charité Krankenh.* VI, 1. 1855. pag. (36—41) 40.

[41] Js. Neumann, *Lehrbuch der venerischen Krankheiten und der Syphilis.* I. 1888. pag. 485.

[42] A. Wolff, *Beiträge.* 1878. pag. 19. — *Lehrbuch.* 1893. pag. 414.

[43] Kaestle, l. c. 1891. pag. 11.

[44] Salmon, De la blennorrh. du conduit excrét. de la glande vulvo-vag. *L'Un. méd.* VIII. 1854. p. 582.

scheint aber eine Übertreibung zu sein, stimmt wenigstens nicht mit den Kopenhagener Verhältnissen, wenn A. Wolff meint, dafs fast alle solche an dieser Affektion leiden, und an Auflodern derselben bei eintretender Menstruation.[45] Unter 298 hier im Spitale in dieser Beziehung im letzten Jahre untersuchten Individuen (s. oben) dieser Kategorie fanden sich 176, die nie solches Leiden gehabt zu haben schienen, und darunter mehrere, die viele Jahre prakticiert hatten. Diese Affektion kommt aber auch bei Individuen der klandestinen Prostitution, besonders bei jungen mit enger schliefsenden Grofslippen und engem Pronaos, häufig vor. Im Gegensatz zu vorliegenden Angaben (Huguier) ist diese Affektion hier einzelne Male bei noch nicht menstruierten und im ganzen wenig entwickelten, aber früh depravierten Individuen gesehen worden. Eine lokale genitale Disposition zur Entwickelung dieses Leidens kann bei grofser Enge des Vestibulums und bei eigentümlicher Lage oder gröfserer Weite der Öffnung des Ganges vorliegen, sowie bei bestehenden Exkoriationen oder Rupturen in oder an der Öffnung, oder bei Lage von Kondylomen oder Schleimpapeln (Cornil) an oder in der Öffnung des Ganges.

In der überwiegenden Mehrzahl von Fällen ist die vulvo-vaginale Affektion also infektiöser Natur und hängt von Übertragung von Gonokokken ab, die an oder in die Öffnungen der Gänge gelangen, entweder direkt oder indirekt durch Abfliefsen von einer blennorrhoischen Urethritis, oder von einem Cervikalkatarrh, welche schon Wochen oder länger vorher bestanden haben können. 110 von den 133 im Vestre-Spital in 1894 behandelten Fällen zeigten auch Urethritis, 15 Cervikalkatarrh; in 1893 kamen bei 128 der behandelten 164 Fälle Urethritis vor, bei 9 Cervikalkatarrh. Bei ganz einzelnen Individuen schien die Urethritis nach der Bartholinitis aufzutreten und von Ansteckung von dieser herzurühren.

Nachdem Neisser (1879) die Gonokokken und ihre Bedeutung für die Urethritis nachgewiesen hatte, wurden sie auch bei den vulvo-vaginalen Leiden, aber erst vergebens (1882) von Leistikow[46] gesucht, im folgenden Jahre aber schon von Arning[47] und kurz nachher von Welander[48] gefunden. Spätere Untersuchungen haben diese Angaben, sowie die nachfolgenden Kontrollversuche von Bumm[49] bestätigt. So durchgeführte Gonokokkenuntersuchungen, wie sie in der Breslauer

---

[45] A. Wolff, *Beiträge*. 1878. pag. 19.

[46] Leistikow, Über Bakterien bei den venerischen Krankheiten. *Charité-Ann.* VII. 1882. pag. 750—772 (pag. 763).

[47] Arning, Über das Vorkommen von Gonococcus bei Bartholinitis. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* X. 1883. p. 371—375.

[48] Welander, Några Undersökn. om Gonorrh. pathogena Mikrober. Mit Taf. *Nord. med. Arkiv.* XVI, 2. 1884. (pag. 34—38.)

[49] Bumm, *Der Mikro-Organismus der gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen. Gonococcus-Neisser.* 2. Ausg. 1887. pag. 51.

Klinik angestellt werden, kommen wohl sonst in keinem Spitale vor; das ärztliche Personal ist für die Anzahl von Patientinnen zu beschränkt und sonst zu viel in Anspruch genommen. In den meisten Services werden derartige Untersuchungen jetzt meistens wohl nur in zweifelhaften Fällen und des klinischen Unterrichts wegen vorgenommen. Von den hier in der Jahrreihe 1886—1894 vorgekommenen 1182 Fällen sind nur 190 bakteriell untersucht worden. Das Sekret war bei dreien derselben sauer, bei 18 neutral, bei den übrigen alkalisch. Bei 124 wurden intracellulare und stark gruppierte Gonokokken, Diplokokken, die auch sonst Gonokokken zu sein schienen, nachgewiesen, und bei 16 anderen Diplokokken mehr zweifelhafter Art. Das Sekret enthielt in den meisten Fällen noch andere Kokken (darunter Staphylo- und besonders Streptokokken) und verschiedene Bacillen.[50] In den übrigen 50 Fällen wurden trotz wiederholter Untersuchungen keine Gonokokken, nur die eben erwähnten anderen Mikrobien, besonders Staphylo- und Streptokokken, gefunden; unter diesen Fällen kamen mehrere abscedierende vor. Welander hat erst auf das weniger häufige Vorkommen von Gonokokken bei Abscessen, oder wenigstens auf die Schwierigkeit, dieselben aufzufinden, aufmerksam gemacht. Später hat Kaestle[51] dieselbe Erfahrung hervorgehoben; er fand sie nur in vier von 15 Fällen. Vielleicht werden die Gonokokken hier von anderen Mikrobien verdrängt oder vernichtet. Vielleicht ist es überhaupt eher eine Einwanderung von solchen (Mischinfektion), die in den meisten Fällen die Abscedierung hervorruft, als die Gonokokken selbst. Schon Bumm und Sänger leiteten die Abscefsbildung hauptsächlich von einer Mischinfektion her, und ihnen schliefst sich Welander[52] an. Hiermit würde auch die relative Seltenheit der doppelseitigen Abscefsbildung stimmen, während doppelseitige Affektion sonst viel häufiger vorkommt. Unter 1251 im Zeitraume 1866—1894 behandelten öffentlichen Dirnen mit vulvo-vaginaler Affektion hatten 329 Abscefs, aber nur 10 doppelseitig; und unter den (von 1886 bis 1894) eingelegten 733 Individuen der heimlichen Prostitution fanden sich bei 88 Fällen von Abscefs nur drei doppelseitige. Dagegen kam sonstige doppelseitige Affektion unter jenen 1251 Individuen 115 Mal, und unter diesen 733 selbst 185 Mal vor. — Bei den stinkenden Abscessen hat sich der Bacillus foetidus nicht nachweisen lassen.[53]

---

[50] So fanden schon Arning und später Hasse (*Der Gonococcus Neisser, sein Vorkommen bei Urethritis und Bartholinitis.* Strafsburg. Dissert. 1893. p. 19) bei ihren Untersuchungen das Verhältnis, sowie auch Goll (Über die Häufigkeit des Vorkommens von Gonokokken bei chronischer Urethritis. (*Intern. Centralbl. f. Harn- u. Sexualorg.* III. 1892. pag. 129—134) bei der (chronischen) Urethritis beim Manne.

[51] Kaestle, l. c. 1891. pag 28. — Hasse, l. c. 1893. pag. 36.

[52] Welander, Rech. sur le Gonococcus dans la blennorrhagie de la femme. (*Bull. méd.* 1888). *Arch. f. Derm. u. Syph.* XXI. 1889. pag. 586.

[53] R. Bergh, *Vestre-Hospital i 1893.* 1894. pag. 17.

Die Einwanderung der Gonokokken ruft, ganz wie in der Urethra, eine katarrhalische Affektion des Ausführungsganges hervor, welche auch, ganz wie in der Harnröhre, ein Sekret absetzt, das durch ein ganz kurzdauerndes seröses Stadium weifslich wird, welchen Charakter es dann fernerhin bewahren oder einen mehr entzündungsartigen, gelblichen oder ganz purulenten annehmen kann. Von den hier im Spitale im Zeitraum 1886—1894 vorgekommenen 1182 Fällen von vulvo-vaginaler Affektion zeigten 689 bei Einlage der Patientinnen purulenten Ausflufs, wenigstens an der einen Seite; neun hatten nämlich an der einen Seite weifslichen Ausflufs und 18 einseitigen Abscefs. Dieser Ausflufs war bei 10 Individuen schwefel- oder ockergelb, bei 26 mit Blutklumpen vermischt, öfter etwas blutgefärbt. 312 Individuen hatten nicht-purulenten, meistens weifslichen Ausflufs; selten war derselbe (26) honigartig, klebrig, gelblich. Wesentliche Geschwulst des Ganges, oft mit Zukleben oder Verschiebung der Mündung, kam bei 198 von jenen, bei 88 von diesen Individuen vor, die Geschwulst entleerte sich aber spontan oder durch Einbringen einer ganz feinen Sonde. Abscefsbildung wurde in 181 von diesen 1182 Fällen gesehen; in 18 Fällen fand sich zugleich purulenter Ausflufs auf der einen Seite.

Bei vollständigem Verschlufs der Mündung und Retention von Pus kann sich dann Abscefs am Gange bilden. Von den im Vestre-Hospital zwischen 1866 und 1894 behandelten 1251 öffentlichen Dirnen mit vulvo-vaginaler Affektion hatten 329 (236+93) Abscefs, aus welchem mehr oder weniger reichliches Pus entleert wurde, sehr oft mit Blutklumpen, einzelne Male auch mit nekrotisierten Bindesubstanzfetzen vermischt; in 4 Fällen war es stark ockergelb, in 137 stark stinkend. Bei 7 Individuen ging die Abscefsbildung von der Drüse selbst aus, welche sowohl periglandulär, wie intraglandulär afficiert war; der Abscefs hatte schon bei der Einlage sich bei dreien in das Rectum geöffnet. Von diesen 329 Fällen fanden sich 138 an der rechten, 181 an der linken und 10 an beiden Seiten. Unter den hierhin gehörenden 733 Individuen der geheimen Prostitution kamen 88 Fälle von Abscefs vor, von welchen 41 an der rechten, 44 an der linken und 3 an beiden Seiten; bei 40 war das entleerte Pus stinkend. In allem kam Abscefsbildung, also bei 417 (329 + 88) von 1984 Individuen mit Bartholinitis vor, oder solche fand sich bei ein wenig über 21 %. In den letzten neun Jahren kamen 1182 (449 + 733) Fälle vor, von welchen 181 (93 + 88) auf Abscefs, d. h. ein wenig mehr als 15,3 %, fallen. Die Verhältniszahl ist in der That in den verschiedenen Jahren recht verschieden gewesen, aber der recht grofse Unterschied zwischen der Totalsumme und der des letzten Novenniums rührt doch wohl von dem gröfseren, von der öffentlichen Prostitution gelieferten Beitrag her, welcher erheblich gröfser ist, als der von der heimlichen

stammenden.[54] Es scheint, dafs A. GUERIN[55] nicht sehr viele Fälle von diesen Abscessen gesehen haben kann, weil er, wie früher HUGUIER,[56] hervorhebt, dafs dieselben im Gegensatz zu den analen geruchlos sind. Auf der anderen Seite ist es eine Übertreibung, wenn PROFETA[57] und JS. NEUMANN,[58] welche sie meistens oder fast immer stinkend finden. Von den bei den öffentlichen Dirnen vorgekommenen Abscessen waren nur 137, d. h. 41% stinkend, von den bei den heimlich prostituierten 40, d. h. etwa 45,4%. In 4 der (13) Fälle mit doppelseitigem Abscefs war nur der eine Abscefs stinkend. Der Gestank des entleerten Pus kann ganz unerträglich sein.[59] Die Menge dieses (durch Stich oder Schnitt) entleerten Pus ist mitunter recht bedeutend und hat in mehreren Fällen 80—100—130 g betragen.

Der Abscefs hat, wie erwähnt, fast immer im Ausführungsgange seinen Sitz, nur ganz ausnahmsweise in der Drüse selbst. Der Abscefs, welcher sich in der Regel dann langsamer entwickelt, findet sich viel tiefer hinab in der Lippe, welche mitunter die andere Lippe ganz auffallend nach unten und hinten überragt. In allem kam ausgeprägter Drüsenabscefs nur bei 7 Individuen vor, mit gleichzeitigem purulentem Ausflufs des Ganges oder Abscefs desselben. Die Drüse wurde ferner bei 28 der erwähnten 1251 Fälle bei öffentlichen Dirnen deutlich geschwollen und empfindlich befunden; bei 3 Individuen war die geschwollene Drüse durch einen kurzen Stiel (stundenglasartig) mit dem geschwollenen Gange verbunden. Wenigstens 16 der 733 Individuen der geheimen Prostitution zeigten zugleich deutliche Geschwulst und Empfindlichkeit der Drüse.

Bisher liegen nur ganz wenige Beiträge zur Kenntnis der pathologisch-anatomischen Verhältnisse bei diesem Leiden vor: von TOUTON,[60] von HERBST[61] (der unter den Auspicien JADASSOHNS in der NEISSERschen Klinik im Allerheiligen-Hospital in Breslau gearbeitet hat) und von JADASSOHN.[62] Aus diesen Untersuchungen scheint hervorzugehen,

[54] Im Gegensatze hierzu giebt KAESTLE (l. c. pag. 29) an, dafs die öffentlichen Dirnen weniger häufig an Abscessen leiden, weil sie die Genitalien mehr reinlich halten, somit der Mischinfektion leichter entgehen.

[55] A. GUERIN, *Mal. des org. génit. ext. de la femme.* 1864. pag. 268, 270.

[56] HUGUIER, l. c. 1850. pag. 679.

[57] PROFETA, *Trattato pratico delle malattie veneree.* 1888. pag. 231.

[58] Js. NEUMANN, l. c. 1888. pag. 484.

[59] DUPUYTREN soll schon hervorgehoben haben, dafs es kein pathologisches Fluidum gäbe, das dem hier besprochenen an Gestank nahe käme. (Vergl. PARENT-DUCHATELET, *De la prostitution dans la ville de Paris.* 3 éd. I. 1857. pag. 234.)

[60] TOUTON, Die Gonokokken im Gewebe der Bartholinischen Drüse. *Arch. f. Derm. u. Syph.* XXV. 1893. pag. 181—186.

[61] HERBST, *Zur Histologie der gonorrhoischen Bartholinitis.* Inaug.-Dissert. Leipzig. 1893.

[62] JADASSOHN, *Bericht über die Verhandlungen des IV. Kongresses der deutschen dermatologischen Gesellschaft. Arch. f. derm. u. syph.* XXIX, 1. 1894. pag. 126. — Zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie des gonorrhoischen Prozesses *Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft.* IV. Kongrefs. 1894. pag. (125—157) 154—157.

dafs die Drüsensubstanz meistens nicht direkt blennorrhoisch afficiert wird, dafs das secernierende Drüsenepithel trotz seiner Cylindernatur, aber eben vielleicht wegen seiner secernierenden Natur für die Gonokokkeninvasion einen schlechten Nährboden abgebe oder für dieselbe meistens ganz unzugänglich sei.[63] Die Drüsenlappen, besonders die mehr zentralen, zeigen nur eine mehr oder weniger starke Infiltration mit Rundzellen, sowie ihre Lichtungen auch mit ähnlichen gefüllt gesehen werden können. Stark wird dagegen der sich fast durch die ganze Länge der Drüse fortsetzende Ausführungsgang afficiert und kann alle Zeichen einer akuten Entzündung zeigen. Das Epithel zeigt geänderte Ernährungsverhältnisse und immer stärker gegen die Drüse hin. Das Infiltrat um den Gang, das auch an Stärke nach unten zunimmt, wird von reichlich ausgewanderten Leukocyten und von Plasmazellen (Unna) gebildet. In der Lichtung des Ganges finden sich Pus, abgestofsenes Epithel und an demselben, sowie an dem normal gebliebenen Haufen von Gonococcus, und dieses Verhältnis kann sich, besonders in akuten Fällen, weit in die Drüse hinein fortsetzen. Die Blennorrhoe ist aber auch hier wesentlich ein oberflächlicher, ein epithelialer Prozefs. Unter besonderen Umständen, bei absolutem Verschlufs der Mündung des Ganges, besonders unter Mitwirkung anderer pyogener Mikrobien (Mischinfektion), kann die Entzündung sehr akut werden und einen Abscefs im Gange entwickeln. In einzelnen Fällen kann die Affektion sich ferner durch die Fortsätze des Ganges in die Drüse hinein sich auf dieselbe fortsetzen und eine wirkliche Drüsenentzündung hervorrufen. In leichteren Fällen dieser Art ist die Drüse dann etwas geschwollen, entzündungsartig infiltriert, eine gröfsere oder kleinere Anzahl von Pseudoabscessen (Jadassohn), d. h. kleine Pusansammlungen in wenigstens früher epithelgekleideten Räumen enthaltend.

Während eines Aufenthaltes in Wien im Juni v. J. sah ich Prof. E. Lang eine vulvo-vaginale Drüse nach seiner neuen Methode (mit Etagesuturen) exstirpieren. Das Mädchen litt an einer alten, hartnäckigen Bartholinitis. Die exstirpierte Drüse mafs an Länge 28 mm bei einer Breite von 17 und einer Dicke von 15 mm; sie war ziemlich nierenförmig, mit mehr konvexer Vorderseite, unten dicker; sie war ziemlich hart anzufühlen, ihre Oberfläche ziemlich grobknotig und zeigte sich nach Abwaschung des Blutes weifslich. Sie wurde in (30—70%igem) Alkohol für spätere Untersuchung aufbewahrt. Ihre Form und Gröfse war ein paar Monate später fast unverändert. An ihrer Innenseite wurde der Ursprung des Ausführungsganges und ein ganz kleines Stück desselben gesehen. Die Drüse wurde in Celloidin gebettet und an meist mit Hämatoxylin gefärbten Schnitten untersucht. Die klaffende Lichtung des Ganges zeigte sich hier und da von Cylinderepithel überzogen, das an anderen Stellen fehlte und durch Bindesubstanz ersetzt war, welche sich mit Leukocyten infiltriert zeigte. Die Drüsenläppchen wurden an einzelnen Stellen fast normal mit einschichtigem

[63] Alary giebt in seiner übrigens ziemlich unbedeutenden Arbeit (*Contrib. à l'étiol. des abcès de la glande vulvo-vaginale.* Thèse de Paris. 1892. pag. 25) dagegen an, Gonokokken in der Tiefe der Drüse gefunden zu haben.

niedrigem Cylinderepithel gesehen; meistens waren sie aber mit Leukocyten infiltriert und durch fibrilläre, mit Leukocyten infiltrierte, von zahlreichen Gefäfsen durchzogene Bindesubstanz geschieden; hier und da kamen gröfsere und kleinere Hohlräume vor, mit oder ohne Epithelauskleidung. Gonokokken wurden nirgends gesehen.

Bildung von Pus und destruktive Prozesse in dem den Gang einhüllenden Bindegewebe kommen selten vor; doch passiert es, dafs der ausgespannte Gang während Versuchs einer Punktur erst weggleitet und unter Entleerung von einigen aus dem umgebenden Bindegewebe stammenden Pustropfen. Häufiger ist eine periglanduläre Entzündung der Drüse, die zum Durchbruch in das Rectum führen kann.

Wenn Js. NEUMANN[64] Geschwulst und Suppuration der Leistendrüsen als ein nicht seltenes Ereignis bei dieser Affektion angiebt, dann ist dieses ganz bestimmt unrichtig, und noch falscher ist es, wenn KAESTLE[65] dieselben Drüsen als in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle geschwollen erwähnt. Die Lymphglandeln des vulvo-vaginalen Drüsenapparates sollen längs der Seiten des (untersten Teiles des) Uterus liegen (s. oben), und die Betastung dieser Glandulae uterinae vom Rectum ab wird wohl selten selbst sehr geübten Gynäkologen gelingen.[66] Demnach kann auch nicht erwartet werden, dafs die inguinalen Drüsen recht oft leidend gefunden werden, und in der That passiert solches hauptsächlich auch nur, wenn Haut oder Schleimhaut mitleidend sind, wie mitunter bei der Abscefsbildung. Unter den 1251 Fällen von Bartholinitis bei öffentlichen Dirnen kam nur bei 13 zu gleicher Zeit deutliche und empfindliche Geschwulst dieser Drüsen vor, und in den meisten derselben fand sich vulvo-vaginaler Abscefs; in dem einen Falle abscedierte die inguinale Drüse. Auf der anderen Abteilung des Spitales sind unter 733 Individuen nur 18 mit Geschwulst dieser Drüsen gesehen, das eine Mal suppurierend.

Die mildere Form dieses blennorrhoischen Katarrhs, resp. des vulvo-vaginalen Drüsenganges zeigt fast gar keine subjektiven Symptome. Die Untersuchung zeigt nicht einmal immer Geschwulst des Ganges, welche sich doch gewöhnlich findet, wenn auch oft sehr geringfügig; mitunter kann sie aber doch ziemlich bedeutend sein. Die Empfindlichkeit ist selten grofs, mitunter fehlt solche. Durch Druck entleert der Gang mehr oder weniger reichliches, weifsliches oder purulentes Sekret. Der von SÄNGER[67] hervorgehobene rundliche, rote Fleck an der Öffnung des Ganges (Macula gonorrhoica, SÄNGER) fehlt oft, besonders beim Anfange einer Bartholinitis, wenigstens ebenso oft, als er vorkommt; derselbe ist ohne diagnostische

[64] Js. NEUMANN, l. c. 1888. pag. 485.
[65] KAESTLE, l. c. 1891. pag. 26, 29.
[66] B. S. SCHULTZE hat (Über Palpation normaler Eierstöcke. *Jen. Zeitschr.* I, 3. 1864. pag. 283) z. B. einen Fall mitgeteilt, in dem solche Betastung gelang.
[67] SÄNGER, l. c. 1889. pag. 19.

Bedeutung. Mitunter entsteht er, besonders bei mehr langdauernden Ausflüssen, sekundär als Folge von Irritation des Exkrets, ganz in derselben Weise, wie es bei Cervikalkatarrhen mit den Erosionen der Portio vaginalis uteri der Fall ist, und bei Schnupfen mit Exkoriationen der Nasenlöcher.[68] Die Recidive der Bartholinitis und die mehr chronische Form haben gewöhnlich auch den erwähnten Charakter. Bei der mehr akuten, stärker entzündungsartigen Form des Leidens wird die Öffnung des Ganges durch entzündliche Geschwulst oder durch Verschiebung und klappenartigen Verschluſs oft ganz geschlossen, und der Gang wird zu einem wirklichen Abscefs umgebildet. Gewöhnlich entwickelt sich diese Abscefsbildung schnell, im Laufe von ein paar Tagen, und bei Allgemeinleiden mit Febrilien und mitunter ziemlich hoher Temperatursteigerung. Die Patientin hat das Gefühl von Schwere, Hitze und Spannung in der bezüglichen Seite der Vulva, sowie Schmerzen bei Bewegungen. Der Ausdehnung des Ganges entsprechend zeigt sich eine mehr oder weniger gewölbt vortretende und gespannte Geschwulst bis zur Taubeneigröfse, sehr empfindlich, von kongestionierter Schleimhaut bedeckt. Die Geschwulst, die im ganzen mehr geneigt ist, sich nach oben zu entwickeln, entfernt die Grofslippen voneinander, sowie sie oft die nympholabiale Furche verstreicht und wegen der losen Bindesubstanz der Gegend oft von kollateralem Ödem der entsprechenden Nymphe, sowie mitunter auch der Grofslippe begleitet ist. — Die Abscefsbildung in der Drüse selbst entwickelt sich gewöhnlich weniger schnell und in der Richtung nach unten und hinten; sie wird meistens gleich durch ein nach unten stärkeres Vortreten der bezüglichen Grofslippe erkannt, sowie dadurch, dafs das Sitzen noch besonders erschwert ist.

Die Diagnose dieser Leiden ist in der Regel sehr leicht, besonders gilt solches für die grofse Mehrzahl der Fälle, wo die Öffnung des Drüsenganges noch offen ist. Verwechselung kann hier nur mit Affektion der in sehr starker Entwickelung nur selten vorkommenden Krypten in oder an der hymeno-nymphalen Furche stattfinden, welche aber nur einen einzelnen und kleinen Tropfen Sekret werden entleeren können. Zu verwechseln mit anderen Leiden derselben Region sind eigentlich nur die vulvo-vaginalen Abscesse, und bei starker Entwickelung eines solchen wird ein derartiger diagnostischer Irrtum wohl kaum möglich sein. Am häufigsten wird jedenfalls eine Verwechselung mit phlegmonösen Abscessen der Grofslippen wohl vorkommen, wo aber andere und mehr verbreitete Lokalisation bei gleichzeitigem Vorkommen von geschwollenen Leisten-

[68] In einzelnen Fällen kann, was auch hier im Spitale ein paar Mal geschehen wurde, die Öffnung ein fast schankröses Aussehen bekommen. Vergl. Nivet, Ulcér. consécut. à un abscès de la glande de Bartholin simulant un chancre simple. *Ann. de derm. et de syph.* 2 S. VIII. 1886. pag. 423—424.

drüsen in der Regel doch die differentielle Diagnose wird sicher stellen können. Mit selbst gröfseren Furunkeln, Idrosadeniten und Bubonuli wird Verwechselung kaum möglich sein. Ebensowenig werden Senkungsabscesse aus dem kleinen Becken mit den vulvo-vaginalen Abscessen zu verwechseln sein, sowie auch die Hernien[68a] nicht. Dasselbe gilt von den Thrombenbildungen oder Hämatomen der Gröfslippen, sowie den seltener vorkommenden Lipomen. Dagegen würden wohl mitunter gröfsere vulvovaginale Cysten mit jenen zu verwechseln sein; die Cysten sind aber wenig oder nicht empfindlich und von nicht entzündeter, mehr oder weniger gespannter, demgemäfs oft verdünnter Haut oder Schleimhaut bedeckt.

Die grofse Mehrzahl von Fällen dieser Affektion hat bei nicht öffentlichen und bei zu erotischen Extravaganzen nicht besonders veranlagten oder gezwungenen Frauenzimmern bei entsprechender Behandlung einen guten Verlauf und wird in der Regel definitiv und ohne üble Folgen geheilt. Solches gilt sowohl von den Fällen, in denen sich die Öffnung des Drüsenganges offen hält, wie denen, in welchen es zu Abcefsbildung kommt. Bei jenen anderen oben angedeuteten Individuen aber kann sich bei häufiger und starker lokaler Irritation und dadurch hervorgerufenem Auflodern eines geringen latenten Überrestes einer kurz vorher vorhandenen, dem Anscheine nach geheilten Affektion, sowie bei wiederholter neuer Ansteckung allmählich eine chronische Form entwickeln mit geringem weifslichem oder purulentem Sekret, welches die öffentlichen Dirnen und mehr erfahrenen Courtisanen vor ärztlicher Untersuchung sorgfältig auszudrücken sehr gut verstehen. Sowohl nach einer einzelnen, besonders aber auch nach wiederholten vulvo-vaginalen Affektionen kann cystische Erweiterung des Ganges, Retentionscysten, als Folge des Leidens bleiben. In ausgeprägter Form kommen sie aber nicht recht häufig vor. Von den in den letzten neun Jahren hier behandelten öffentlichen Dirnen[69] sind sie nur bei 17 gefunden; bei 15 derselben war es ganz deutlich der Gang, der erweitert war; bei noch einem stundenglasförmig, durch cystische Entwickelung des Ganges und der Drüse bedingt; bei einem endlich war die Drüse selbst cystisch entartet. In fünf (von 17) Fällen war nichts über vorausgegangenen Katarrh bekannt; zwei meinten, dafs die Cysten nach einer Geburt entstanden seien. In den anderen Fällen sollten sie Überreste von vor 4, 9, 10, 12, 15 und 25 Jahren abgelaufener Bartholinitis sein. Meistens erreichten die Cysten nur den Umfang einer

[68a] Scarenzio hat dem ärztlichen Kongrefs von Perugia doch einen Fall mitgeteilt (vergl. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* IV. 1885. pag. 435), in welchem die Diagnose schwer genug war.

[69] Boys de Loury (Observ. sur les kystes et les abcès des grands lèvres. *Rev. méd.* 1846. pag. 343) giebt dagegen die Cysten als häufig bei den öffentlichen Dirnen vorkommend an, ebenso Lotze (*Über Cystendegeneration der Cowperschen Drüse der Frau.* 1869. pag. 17).

mittelgroſsen Nuſs, nur ein paarmal waren sie genierend gröſser und erforderten Punktur. Noch seltener wurden Cysten bei Individuen der geheimen Prostitution bemerkt, nur bei dreien. Dieser cystische Ausgang der Affektion ist eine Art Naturheilung, insoweit günstig, als derselbe meistens spätere Bartholinitis daselbst ausschlieſst; in der Regel nehmen die Cysten nicht an Gröſse zu und können viele Jahre hindurch unverändert bestehen; selten werden sie entzündet und veranlassen einen neuen sekundären Abscefs. Die gewöhnlichen vulvo-vaginalen Cysten sind selbstredend unilokulär, die ursprünglich kleineren, sich in der Drüse selbst entwickelnden Cysten dagegen oft oder wenigstens ursprünglich multilokulär.[70] — Bei den meisten in die Spitäler mit vernächlässigter abscedierenden Bartholinitis hineinkommenden Individuen haben dieselben sich durch einen kleineren oder gröſseren gangränösen Fleck in das Vestibulum, seltener in die nympho-labiale Furche geöffnet, noch seltener an beiden Stellen zugleich. In besonderen Fällen, besonders bei gröſserer Kürze des Ganges, welcher sich dann weiter nach unten in das Vestibulum öffnet, kann sich die Entzündung auf die Drüse und das periglanduläre Gewebe fortsetzen, oder jene kann in seltenen Fällen selbst ursprünglich afficiert sein, intra- und periglandulär. In solchen Fällen kommt es mitunter zum Durchbruch in das Rectum. Mit solchem sind zwischen 1866—1894 nur 5 öffentliche Dirnen aufgenommen und zwischen 1886—1894 von der geheimen Prostitution nur ein Individuum. Bei uns kommen also die beschwerlichen vulvo-rektalen Fisteln nur selten vor.[71] Unzweifelhaft können solche vulvo-vaginale Adeniten und Periadeniten auch einen schleichenden periproktalen Prozefs veranlassen, der allmählich zu Entwickelung von Rektalstrikturen führen[72] kann. Bei fünf der wenigen (9) hier im Spitale beobachteten Fällen von solcher Striktur war vulvo-vaginale Affektion vorausgegangen; in keinem derselben fand sich aber eine vulvo-rektale Fistel.[73] — Als Folge der Affektion, besonders nach wiederholten Anfällen derselben, kann sich, im ganzen aber selten, eine Hypertrophie der Drüse oder eine Verdickung der Wände des Ganges entwickeln. Bei 25 öffentlichen Dirnen, die meistens mehrmals Bartholinitis gehabt hatten, wurde die Drüse vergröfsert gefühlt, bei 12

---

[70] Vergl. Huguier, l. c. 1850. pag. 776, 769, pl. 3. Fig. 2. — Lotze, *Über Cystendegeneration der Cowperschen Drüse der Frau.* 1869. — Hänsel, *Über die Glandula Bartholini mit besonderer Berücksichtigung ihrer cystösen Degeneration.* 1885.

[71] Parent-Duchatelet (l. c. 1857. pag. 235) dagegen erwähnt, dafs sich zu seiner Zeit wenigstens 30 öffentliche Dirnen mit solchen Fisteln vorfanden.

[72] Poelchen, Über die Ätiologie der strikturierenden Mastdarmgeschwüre. *Virchows Arch.* Bd. 127. 1892. pag. (189—279) 274.

Bei den von Poelchen zusammengestellten 223 Fällen zeigten 46 rekto-vaginale Fisteln, von welchen ganz sicher 5 und wahrscheinlich noch 7 andere von Bartholinitis herrührten. Vergl. auch Nickel, Über die sog. syphilitischen Mastdarmgeschwüre. *Virch. Arch.* Bd. 127. 1892. pag. (279—304) 290—291.

[73] R. Bergh, *Vestre Hosp. i 1894.* 1895. pag. 34.

an der rechten, bei 2 an der linken und bei 11 an beiden Seiten; 19 andere, die augenblicklich keine Spur von Ausfluſs darboten, hatten als Überrest von früheren Leiden eine strangartige Verdickung des Ausführungsganges, 14 an der rechten, 2 an der linken und 3 an beiden Seiten. Weniger häufig scheint hier eine Atrophie der Drüse vorzukommen; solche wurde in 14 Fällen nach purulentem Ausfluſs oder Abscefs entwickelt gesehen, bei 8 Individuen an der rechten, bei 1 an der linken und bei 5 an beiden Seiten. Häufiger schien eine Atrophie bei den jungen Individuen der geheimen Prostitution vielleicht vorzukommen, bei 25 notiert (s. oben). In einem Falle wurde hier im Spitale nach einem groſsen Abscefs mit entsprechender Gangrän der Schleimhaut Atrophie der ganzen Groſslippe mitsamt Gang und Drüse gesehen; bei vier anderen Individuen ist nach ähnlichen Antecedentien ein tiefer Spalt geblieben, in dessen Boden sich bei dem einen zwei feine, aber oberflächliche und in der Tiefe geschlossene Öffnungen an einer ganz kleinen harten Drüse fanden. Bei 5 Individuen blieb nach spontanem Durchbruch eines Abscesses als Überrest ein 3—6 cm langer Fistelgang der nympho-labialen Furche, der in der Richtung der vielleicht etwas atrophierten Drüse verlief und ab und zu eine geringe Menge eines weiſslichen Fluidums entleerte; die Drüsenöffnung im Vestibulum war geschlossen. Bei noch einem Individuum fanden sich nach ähnlichem Abscefs in der nympho-labialen Furche zwei Öffnungen, die mit dem Drüsengange kommunicierten, dessen Öffnung nicht geschlossen war. Als Folge vom Druck groſser Cysten kann die Drüse endlich auch atrophieren.[75] — Sehr selten geschieht es, daſs diese vulvo-vaginalen Affektionen von mehr bedeutenden generellen Fällen begleitet sind oder gefolgt werden; hier im Spitale ist solches nie vorgekommen.[76] — So wie das Dasein von kleinen Fibromen (Polypen) oder Kondylomen an oder in[77] der Mündung des Ganges, wie oben erwähnt, eine Ansteckung begünstigt, ist es auf der anderen Seite nicht selten, daſs das vulvo-vaginale Sekret in der Gegend der Mündung des Ganges eine Irritation derselben hervorbringt und dadurch Kondylome erzeugt,[78] sowie solche auch im Gange selbst hervorsprieſsen können. Schon Tiedemann erwähnt,[79] daſs Fricke (Hamburg) „oft“ Kondylome in den vulvo-vaginalen Gängen gesehen

---

[75] R. Bergh, *Ber. fra Alm. Hosp. 2. Afdel. f. 1870.* 1871. pag. 49—50.

[76] Rokitansky (jun.) hat einen Fall referiert, in dem nach einem „Abscefs der Bartholinischen Drüse“ Pyämie und eine äuſserst heftige Crural-Neuralgie entstand. (*Ärztl. Ber. d. Maria Theresia Frauen-Hospitals.* 1877. pag. 51.)

[77] R. Bergh, *Ber. f. 1875.* pag. 22. — Nach Virchow (*Die krankhaften Geschwülste.* I. 1863. pag. 342) können papilläre intrakanalikuläre Fibrome „in allen möglichen Gängen“ vorkommen.

[78] R. Bergh, *Ber. f. 1874.* pag. 21; *f. 1875.* pag. 22 u. m. St.

[79] Tiedemann, l. c. 1840. pag. 3.

hatte,[80] und Huguier,[80] sowie Bärensprung[81] haben ähnliche Beobachtungen gemacht.

Die Prognose dieser Leiden könnte im ganzen und für vielleicht die meisten Fälle als recht günstig gestellt werden, vorausgesetzt, dafs sie früh zu Behandlung kommen, den Umständen nach lange genug behandelt werden, und dafs noch dazu andere, möglicherweise auch vorhandene venerische Katarrhe, besonders cervikale und urethrale, gleichzeitig behandelt und geheilt werden; zuverlässige Genesung kann deshalb auch mitunter sich lange genug hinziehen. Hier im Spitale hat die Behandlung im Laufe des letzten Novenniums durchschnittlich beiläufig 28 Tage betragen; in einzelnen Fällen hatte die Dauer der Behandlung doch einen längeren Zeitraum, selbst bis zu 204 und 243 Tagen, verlangt. Die Abscesse verlaufen mitunter recht schnell, und ihre Behandlung erforderte durchschnittlich nicht viel längere Zeit, als die der freien Ausflüsse, nur etwa 35 Tage. Mitunter zeigt sich die Genesung aber und trotz mehreren unternommenen negativen bakteriellen Untersuchungen als ganz illusorisch; die Affektion ist in eine chronische Form mit zeitweiligen Rekrudescenzen übergegangen, die dann oft längere Zeit behandelt werden mufs. Es ist aber sicherlich eine grofse Übertreibung, wenn Nöggerath[82] den Leiden des vulvo-vaginalen Drüsenapparates eine ähnliche, meistens „lebenslängliche" Persistenz zuschreibt, wie er solche der Urethritis des Mannes beilegt. Im Spitale haben wir öfter öffentliche Dirnen gesehen, die solches Leiden nur einmal gehabt hatten; andere sind freilich mit solchen 10—12 Mal eingelegt worden und vielleicht doch nicht geheilt.

Die Behandlung dieser Leiden ist wesentlich dieselbe, wie die bei der Urethritis angewendete, teils antibakteriell, teils adstringierend; bei beiden Affektionen kommen dieselben Mittel und in ähnlicher Stärke zur Anwendung. Für die Einspritzung eignet sich am besten eine stumpfe Pravazsche oder eine Anelsche Spritze (oft mit gebogener Röhre), mitunter ist es auch nötig, vorher die Öffnung des Ganges mit einer feinen boutonnierten Schere ein wenig zu vergröfsern. Eine ein paarmal täglich wiederholte und mehrere Wochen hindurch fortgesetzte Einspritzung, besonders einer 1%igen Argent. nitr.- oder Argentaminlösung, genügt meistens, um die Affektion zu beseitigen.[83] Vor der Einspritzung mufs der Gang aber erst mehrmals gehörig ausgedrückt werden, um alles Sekret zu entleeren. Massage des Ganges und der Drüse scheint oft nützlich zu sein. Die vulvo-vaginalen

[80] Huguier, l. c. 1850. pag. 835.
[81] Bärensprung, l. c. VI, 1. 1855. pag. 40.
[82] Nöggerath, *Die latente Gonorrhoe beim weiblichen Geschlechte.* 1872. pag. 70.
[83] Die von Lang (Nobl, Über eine von Prof. Lang angegebene Behandlungsart akuter Abscesse. *Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 36, 37) angegebene Methode mit kleiner Incision und Einspritzung von ½—1% von Sol. nitr. argent. oder Sol. argentamini ist schon viele Jahre hindurch hier im Spitale bei freien Ausflüssen und bei Abscessen verwendet worden.

Abscesse müssen immer ganz frühzeitig geöffnet werden[84]; man riskiert sonst Gangrän der Schleimhaut oder der Haut oder Durchbrüche an sehr ungeeigneten Stellen.[85] Sehr verschieden haben aber die Angaben gelautet und lauten noch in Beziehung auf die Stelle, wo geöffnet werden soll: ob im Vestibulum, wo aber eine unbequeme, trichterähnliche Vertiefung nach der Incision mitunter bleibt, oder in der nympho-labialen Furche; ferner, ob der Abscefs durch Incision oder mit Punktur zu öffnen sei. Nicht selten giebt es sozusagen keine Wahl, indem der Abscefs gegen eine bestimmte Stelle stark prominiert und dort selbst mit Durchbrechen droht. Wenn aber die Öffnungsstelle gewählt werden kann, dann ist es richtig, denselben vom Vestibulum ab zu öffnen, und zwar der Gegend der normalen Öffnung so genähert wie möglich, wenn die Lage derselben bestimmt werden kann. Am besten ist es in den meisten Fällen, wenigstens vorläufig, nur eine Punktur zu machen, eben grofs genug, um eine Spritzenspitze einführen zu können; die Öffnung kann ja immer erweitert werden. Wenn ein stark gespannter gröfserer Abscefs geöffnet wird, kann der Inhalt durch Kontraktion der Muskel und der Gewebe mitunter in einer Länge von 2 (bis 2,25) m herausgeschleudert werden, ein Fall, wozu der Operateur, auch in Bezug auf sich selbst, Rücksicht nehmen mufs.

Bei chronischen, immer recidivierenden Fällen, sowie bei dem seltenen, mehr genierenden Eintreten von Hypertrophie der Drüse kann die Exstirpation der Drüse notwendig werden. Dies ist aber ein operativer Eingriff, der, besonders wegen der Blutung, nicht immer gefahrlos und überhaupt nicht so leicht ist, wie man nach der Art, in welcher sie von den Venerologen oft erwähnt wird, glauben sollte.[86] Die ganz wenigen, im Laufe der Jahre vorgekommenen Fälle, in welchen solche Indikation absolut vorzuliegen schien, sind den chirurgischen Abteilungen des Kommunespitals überwiesen worden.

Die aus diesen Affektionen entstehenden Cysten sind, wenn nicht zu grofs, unbehelligt zu lassen, weil sie jahrelang, ohne zu wachsen, mitunter auch an Gröfse etwas abnehmend, bestehen können. Sind sie grofs und genierend, dann werden doch wohl immer vor der Exstirpation Einspritzungen von Chlorzink zu versuchen sein, welche oft die Cysten beseitigen und auch hier im Spitale[87] mit Erfolg angewendet worden sind.

[84] Es ist ganz sicher verwerflich, wenn man, Guérin selbst (*Mal. des org. gén. ext. de la femme.* 1864. pag. 270, 271), ein Abwarten mit Eröffnung des Abscesses angeraten hat.

[85] Is. Neumann (l. c. pag. 484) erwähnt Fälle, in welchen sich Durchbrüche und Senkungen längs der Vagina und gegen die Symphyse hinauf gebildet haben sollen.

[86] Lang hat kürzlich (Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. *Arch. f. Derm. u. Syph.* XXXI, 1. 1895. pag. 116), wie oben erwähnt, eine neue Operationstechnik bei der Exstirpation vorgeschlagen. Nach einer späteren brieflichen Mitteilung an mich hat er ferner in 14 Fällen guten Erfolg von derselben gehabt.

[87] Vergl. R. Bergh, *Ber. f. 1882*, 1883. pag. 22.

Aus der Praxis.

Über Nosophen.

Von

Dr. A. Herz.

Das von Prof. Classen in Aachen empfohlene Präparat (Tetrajodphenolphtalein), zuvor durch Tierversuche und bakteriologische Untersuchungen auf seine baktericide Eigenschaft geprüft, wurde teils als unlösliche Verbindung (Nosophen), teils als lösliches Natronsalz (Antinosin) in Herrn Dr. Unnas Poliklinik, hauptsächlich bei Ulcera cruris und Ulcera mollia, verwandt.

Das nach vorangegangener Applikation des Zinkleims als leicht verstäubendes Pulver dicht auf die Geschwürsflächen des Unterschenkels aufgetragene Pulver bewirkte fast in allen Fällen bei schmutzigem, eiterigem oder gangränösem Grund eine rasche Reinigung, an Stelle der Vertiefung und Aushöhlung gesunde, reichliche Granulationen und eine auffallend rasche Überhäutung vom Rande her. Zufolge seiner eintrocknenden Wirkung trat eine bedeutende Beschränkung des Sekrets ein. Ein Nachteil dagegen ist die, zumal bei entzündlichen und kallösen Rändern beobachtete Schmerzhaftigkeit des Präparates, die sogar in einigen Fällen von weiterer Anwendung gänzlich Abstand zu nehmen gebot. Auch Antinosin wirkte hier fast gleich schmerzhaft.

Letzteres hingegen leistete Ausgezeichnetes bei Ulcera mollia. Wir verrieben das Pulver nach Abspülung und gründlicher antiseptischer Reinigung der Ulcera und der Umgebung mittelst kleiner am Ende mit Watte umwickelten Hölzchen sehr sorgfältig in allen Ecken und Vertiefungen. Indem wir diese Aplikation nur 2—6 Mal wiederholten, trat an Stelle des Ulcus mit speckigem Belag eine ganz indifferent scheinende Erosion, die bald völlig heilte.

Weitere günstige Eigenschaften sind die absolute Geruchlosigkeit, die besonders dem Nosophen trotz seiner starken baktericiden Eigenschaft zukommende sehr geringe Ungiftigkeit, die bei Bubonen etc. z. B. gestattet, die ganze Wund- oder Zerfallshöhle ohne Gefahr einer Intoxikation mit dem Präparat auszufüllen. Endlich ist noch als eine sehr nützliche und vielfach von uns bei parenchymatösen Blutungen verwandte Eigenschaft eine stark blutstillende Wirkung des Nosophens hervorzuheben.

Versammlungen.

New Yorker Akademie der Medizin.

(Sitzung vom 9. April 1895.)

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Mai 1895.)

Ein Fall von Blennorrhoe bei einem 12jährigen Knaben wird von Dr. T. Brown vorgestellt. Dem Knaben wurde von einem älteren, mit Blennorrhoe behafteten Knaben das Masturbieren einstudiert und bei dieser Gelegenheit auch gleichzeitig die Blennorrhoe eingeimpft. Im Ausfluſs wurden Gonokokken gefunden.

Dr. Brown beschreibt **drei Fälle von Tuberkulosis** mit Blasenerscheinungen und Tuberkelbacillen im Urin. Sämtliche Fälle wurden zwar nicht geheilt, aber unter fast ausschlieſslich hygienischer und roborierender Behandlung wesentlich gebessert.

Dr. Fuller glaubt, daſs die Blasenerscheinungen durch Ausspülungen der Blase mit ganz schwachen Sublimatlösungen sehr günstig beeinfluſst werden.

Dr. Hayden berichtet über einen **Fall von doppelseitiger Kastration wegen Prostatahypertrophie.** Der 70jährige Patient, Zahnarzt, war mäſsig in seinen Gewohnheiten und hatte niemals eine venerische Krankheit oder eine Blasenaffektion gehabt. Vor fünf Jahren merkte er, daſs er häufiger des Nachts aufstehen muſste, um zu urinieren. Bald darauf muſste er auch am Tage viel häufiger als früher Wasser lassen. Als Vortragender ihn zum ersten Male sah, litt er an Harndrang und Tenesmus. Der Urin war wolkig trübe und roch ammoniakalisch. Während der Patient sich anstrengte, zu urinieren, schwoll der Penis an und zeigte partielle Erektion. Der Urin konnte schlieſslich nur noch mit dem Katheter herausgelassen werden. Das Katheterisieren verursachte jedoch dem Patienten beträchtliche Schmerzen. Im Dezember 1894 wurde die doppelseitige Kastration ausgeführt. Die Besserung schritt Tag für Tag vorwärts, immer stärkere, elastische Katheter konnten schmerzlos eingeführt werden. Am zehnten Tage nach der Operation fühlte sich die Prostatadrüse weicher an und war auf Druck vollständig schmerzlos. Am zwölften Tage konnte der Patient ohne Hülfe eines Katheters den Urin lassen. Zwei Monate nach der Operation war der Patient frei von Beschwerden und nahm seine Arbeit wieder auf. Seit der Kastration hatte er keine Erektion und auch kein geschlechtliches Verlangen.

Dr. Bangs sagt, Haydens Fall habe an sexuellem Erethismus gelitten, der gerade bei Zahnärzten, welche bei ihrer Thätigkeit durch die vor ihnen in verführerischen Positionen befindlichen weiblichen Patienten sexuell erregt werden, nichts Aufsergewöhnliches sei. Er glaube, wenn Hayden seinen Patienten von dem sexuellen Erethismus befreit hätte, er wahrscheinlich nicht nötig gehabt hätte, die Kastration vorzunehmen.

Dr. Fuller hat einen ähnlichen Fall wie Hayden gesehen. Derselbe sei durch Bettruhe, systematisches Katheterisieren und Blasenausspülungen von seinen Beschwerden befreit worden.

Dr. Hayden bestätigt, daſs Katheterisation und Bettruhe keine Besserung in dem Zustande des Patienten bewirkt haben.

Dr. Alexander stimmt Dr. Fuller bei. Durch Bettruhe, durch vorsichtige, aseptische Katheterisation trete spontanes Urinieren oft wieder ein, was auch beweisen würde, daſs die Prostata an Gröſse abgenommen hat. Die Länge der Urethra bei Prostatikern sei zu verschiedenen Zeiten verschieden. Wir können nicht sagen, weil

die Urethra an Länge abgenommen hat, dafs die Prostata atrophiert sei, noch kann dies durch die rektale Untersuchung nachgewiesen werden. Wir finden die Prostata weicher, weil sie ihre Kongestion verloren hat. Nach der Ansicht des Redners rechtfertigten die bisher beschriebenen Fälle von Kastration wegen Prostatahypertrophie nicht die Operation als einen chirurgischen Eingriff, sondern einfach als physiologisches Experiment.

C. Berliner-Aachen.

Neunundzwanzigste ordentliche Versammlung der Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

Ein Fall von Naevus lipomatodes, vorgestellt von Dr. SHERWELL. Ein sieben Monate altes Kind hat am Kopfe und dem Gesichte ein nävoides Gewächse dar. Dasselbe hatte ein Ektropion des linken oberen Augenlides herbeigeführt, so dafs eine rote, papillomatöse Fläche hervortrat. Am Gesichte und Kopfe, namentlich der rechten Seite, fanden sich eine Anzahl Streifen und Flatschen von nävoidem Gewebe. Auf dem Scheitel sah man die Überreste eines vaskulösen Naevus, welcher durch Ulcerieren spontan verheilt war. Das Interessante an diesem Falle war der Umstand, dafs, als die Mutter im dritten Monate schwanger war, sie einen schweren nervösen Insult erlitten hatte dadurch, dafs sie ein Kind eine schlimme Verbrennung hatte erleiden sehen. Dr. SHERWELL ist der Ansicht, dafs dieser Schrecken einen wirksamen Faktor bei der Entstehung der Deformität abgegeben hat. Er äufserte ferner seine Meinung, dafs die von der Mutter empfangenen Eindrücke einen grofsen Einfluss bei dem Zustandekommen von verschiedenen kongenitalen Defekten und Mifsbildungen besitzen. Dr. JEWETT stimmte dem bei und meinte, dafs im allgemeinen den Mutter-eindrücken nicht genug Gewicht beigelegt werde.

Ein Fall von Folliculitis decalvans, von Dr. HOLSTEIN vorgestellt. S. J., ein 12jähriger Italiener, zeigte auf der behaarten Kopfhaut unregelmäfsige, verschieden grofse, rundliche Stellen von atrophischer Haut, an denen die Haare fast vollständig fehlten. Die übrig gebliebenen Haare waren aber fest angeheftet. In der Umgebung einer jeden Stelle war die Haut ein wenig erhöht, gerötet und mit einigen wenigen Schuppen besetzt. Hier waren die Haare ebenfalls fest eingebettet und waren gröfstenteils mit einer kleinen Hülle von Schuppen umgeben. Diese Affektion hatte seit vier Jahren bereits bestanden, und sie findet sich auch in gleicher Weise bei zwei Brüdern des Patienten. Dr. SHERWELL diagnosticierte die Affektion als QUINQUAUDsche Krankheit, und Dr. WINFIELD pflichtete dieser Ansicht bei. Er hob aufserdem die Möglichkeit hervor, diese Krankheit mit Tinea tonsurans zu verwechseln.

Ein Fall von Ichthyosis; vorgestellt von Dr. WINFIELD. Die Patientin war 22 Jahre alt und gab an, dafs sie im vierten Lebensjahre einen Anfall von Scharlach durchgemacht habe, an welchen sich eine profuse Abschuppung anschlofs. Soviel sich eruieren liefs, war die Haut vorher vollständig normal gewesen. Gegenwärtig war, wie es scheint, die gesamte Hautdecke an der Ichthyosis beteiligt. Die Affektion war eigentümlich wegen der hochgradigen Abschuppung, die damit verbunden war. Redner fühlte sich seiner Diagnose Ichthyosis nicht ganz sicher. Es könne sich wohl um eine parasitäre Krankheit handeln, wie solche von verschiedenen Forschern bereits beschrieben worden sind. Er habe die Absicht, den Fall des längeren weiter zu beobachten und Kulturen von der Haut und den Schuppen anzulegen. Bei der Besprechung der Behandlung der Ichthyosis teilte er mit, dafs er bemerkenswerte Resultate mit der Darreichung kleiner Gaben (0,003) von Tartarus emeticus erzielt habe. Die trockene Schuppenbildung an der Haut dieser Kranken habe dabei einem normalen Zustande Platz gemacht. Der einzige Nachteil bei diesem Medikamente ist der, dafs, sobald dasselbe ausgesetzt wird, die krankhafte Beschaffenheit der Haut

wieder ebensoschlimm wird, als vor der Behandlung. Pilokarpin gefalle ihm aber nicht so gut wie der Brechweinstein.

Dr. Morton: **Ein Fall von kompleter (universeller) Alopecie** bei einem 20jährigen Mädchen. Ihr sonstiger Gesundheitszustand und alle Funktionen waren normal mit Ausnahme dessen, dafs sie aufserordentlich nervös ist, namentlich zur Zeit der Periode. Vor ungefähr drei Jahren kam der Vater bei einem Unfall um, und die Patientin war durch diese Erschütterung vollständig niedergeworfen. Wenige Tage nachher fingen die Haare fleckenweise an auszufallen, und diese Alopecie entwickelte sich weiter, bis die behaarten Teile des Körpers vollständig entblöfst waren. Vortragender hatte Syphilis, Tinea und alle anderen Ursachen, welche sonst diese Anomalie hervorrufen, ausgeschlossen und zeigte den Fall als rein nervöse Alopecie. Dr. Holsten betrachtete auch die Affektion als Alopecia neurotica, hob aber gleichzeitig hervor, dafs seiner Beobachtung nach viele von den Fällen vermeintlichen nervösen Haarschwundes thatsächlich einen parasitären Ursprung hätten. Die Prognose stellte er bei diesem Mädchen nicht ungünstig wegen der stoppelartigen Empfindung, welche man beim Überstreichen über die entblöfsten Stellen hatte, ein Beweis, dafs die Follikel sich in einer relativ günstigen Verfassung befanden. Er glaube, dafs die längere Darreichung von Schwefel von Nutzen sein werde, indem dadurch dem Gewebe ein Bestandteil zugeführt wird, welcher sich in den Haaren in so grofser Menge vorfindet. Eine Kombination mit Tartarus stibiatus könnte wegen der tonisierenden Wirkung desselben auf die subkutanen Gewebe und Drüsen auch von Nutzen sein.

Dr. Winfield hielt die Prognose für durchaus nicht günstig und erachtete tonisierende Mittel für indiciert bei diesem Falle, wie bei allen ähnlichen Fällen. Von der Applikation reizender Lösungen auf die Kopfhaut erwartete er keinen besonderen Vorteil, er zieht vielmehr den faradischen Pinsel denselben vor.

Dr. Sherwell stellte ebenfalls keine günstige Prognose. Die Bezeichnung Alopecia Celsi (Area Celsi) möchte er für die neurotische Form reserviert wissen; diejenigen Arten, bei denen man einen parasitären Ursprung nachgewiesen hat, sollen der Ätiologie nach mit dem Namen des die Krankheit bewirkenden Parasiten benannt werden.

Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, vorgestellt von Dr. Sherwell. Bei einem 40jährigen Manne fand sich auf der Dorsalseite des Daumens ein warzenartiger, etwa einen Zoll im Durchmesser betragender Fleck, welcher nach einer geringen Verletzung als Knötchen zuerst aufgetreten war. Eine mikroskopische Untersuchung war nicht vorgenommen worden, die Diagnose stütze sich nur auf den klinischen Bericht und die Beschaffenheit der Affektion.

Ein Fall von Lepra anaesthetica, vorgestellt von Dr. Morton. G. B., sieben Jahre alt, aus St. Kitts, einer von den westindischen Inseln, gebürtig. Der Abstammung nach bietet er eine Mischung von Indianer mit dem Spanier, dem Engländer und dem Neger dar. Seine Eltern siedelten nach den Vereinigten Staaten über, als der Patient vier Jahre alt war. Seine Mutter sagt, es sei bis vor anderthalb Jahren nirgends auf seiner Haut der geringste Fleck oder Mal zu sehen gewesen, und er habe sich der besten Gesundheit erfreut. Im Dezember 1893 erkrankte er aber, und es wurde die Diagnose auf Masern gestellt. Die Krankheit zog sich ziemlich in die Länge, und ehe die Rekonvalescenz vollständig war, wurde er einem Schneegestöber ausgesetzt, wodurch ein Anfall von Rheumatismus mit Erythem und Anschwellung der Haut an den Extremitäten hervorgerufen wurde. Diese sog. rheumatischen Schmerzen waren von lanzinierender Beschaffenheit und betrafen, wie es scheint, die Arme mehr, als die Beine. Nach einer langwierigen Rekonvalescenz erholte sich der Kranke von dem

akuten Anfall, behielt aber eine klauenartige Deformität der linken Hand, sowie mehrere anästhetische Stellen an verschiedenen Teilen des Körpers über. Ferner gab die Mutter an, dafs während des rheumatischen Anfalles eine ganze Anzahl „Blasen auf der Haut" aufgetreten seien. Zur Zeit bietet der Kranke folgende Erscheinungen dar: der Ernährungszustand ist ein ganz befriedigender, doch ist der Knabe etwas kleiner, als Kinder im Alter von sieben Jahren gewöhnlich zu sein pflegen. Die linke Hand ist klauenförmig und zeigt eine Atrophie der Interossei, sowie eine Abplattung des Thenars und Hypothenars. Längs dem Nervus ulnaris finden sich mehrere Knötchen verteilt. Am Gesäfs und auf der vorderen Fläche der Oberschenkel sind mehrere verschieden grofse Flecke, deren mittlere Teile eine Semileukodermie aufweisen, verstreut. Die Ränder derselben sind rauh, rot und schuppig. Auf den ersten Blick haben die Stellen Ähnlichkeit mit Herpes tonsurans. Das Zentrum dieser Läsionen ist anästhetisch, während die erhöhten Ränder hyperästhetisch sind.

Dr. Morton stellte den Fall vor, um, daran anknüpfend, die Ansichten der Mitglieder zu erfahren betreffs der Kontagiosität der Lepra und der Notwendigkeit der Isolierung solcher Fälle. Seine eigene Meinung geht dahin, dafs die Lepra tuberosa unter gewissen Bedingungen betreffs Klima und Temperatur eine nur in geringem Mafse kontagiöse Krankheit ist, und dafs das Virus wahrscheinlich an die in dem Sekrete der leprösen Geschwüre der Haut und der Schleimhäute zu findenden Bacillen gebunden ist. Um das Kontagium zu übertragen, müssen die Bacillen auf offene Wunden eingeimpft werden, und die Infektion kann nur bei engerem häuslichen Zusammenleben stattfinden, z. B. indem man aus derselben Schüssel ifst, im Bett zusammen schläft u. s. w. Bei der anästhetischen Form ist bei Abwesenheit von Geschwürsbildungen eine Übertragung unmöglich. M. bezeichnet die Isolierung und Ausschliefsung als unnötig grausam; dies Verdammen eines Kranken zu einer lebenslänglichen Gefangenschaft ohne Urteil eines Richters und einer Geschworenenbank sei vollständig ungerechtfertigt.

Dr. Holsten findet, dafs der Beweis noch nicht erbracht ist dafür, dafs Lepra, abgesehen vielleicht von den ulcerösen Stadien, eine kontagiöse Krankheit sei; jedenfalls gelte dies für die anästhetischen Formen, wie bei diesem Falle, wo keine Geschwüre vorhanden sind. Da ferner die für die Weiterentwickelung des Leidens förderlichen äufseren Verhältnisse in dieser Gegend sich nicht vorfinden, sieht er keinen Grund, den Patienten zu isolieren.

Dr. F. A. Jewett, Vorsitzender des Bureaus für Infektionskrankheiten im Gesundheitsamt von Brooklyn, erklärt das Leiden für nicht-kontagiös, namentlich in der anästhetischen Form, und glaubt infolgedessen nicht an die Notwendigkeit der Isolierung in dieser Stadt.

Dr. Sherwell stimmte der Diagnose Lepra anaesthetica bei und war auch betreffs des Pendants, welches in der New York Dermatological Society vorgestellt wurde, derselben Ansicht. Er wünschte die von ihm dort ausgesprochene Meinung in Bezug auf die Zweckmäfsigkeit oder Notwendigkeit einer Internierung oder Isolierung dieses Falles von seiten des Gesundheitsamtes dieser Stadt zu wiederholen. Es habe wahrscheinlich während der letzten fünfzig Jahre keine Zeit in der Geschichte dieser beiden Städte gegeben, wo Leprafälle nicht vorhanden gewesen wären, sei es, dafs dieselben sich unter der Bevölkerung frei umherbewegten oder in irgend einem Krankenhause zur Behandlung interniert waren. Diese Fälle waren sämtlich von aufserhalb eingewandert, und es sei gar nicht vorgekommen, dafs andere Individuen von diesen angesteckt worden seien, noch auch von den vielen Kranken, die aus Norwegen eingewandert und in Wisconsin und Minnesota ansässig geworden sind.

Es giebt in der That noch keinen zuverlässigen Beweis für die Kontagiosität dieses Leidens, obgleich allerdings die klinischen Erfahrungen darauf hinweisen, dafs die Affektion unter geeigneten Verhältnissen wahrscheinlich übertragbar ist. Er glaube, dafs es sich schliefslich doch ausweisen werde, dafs die Nahrung, das Klima, Rasseneigentümlichkeiten und tellurische Einflüsse eine gröfsere Rolle bei der Entstehung dieses Leidens spielen, als das direkte Kontagium und die Übertragbarkeit. Was das Internieren und Isolieren der Leprakranken betreffe, so sei bei geeigneter Behandlung und guten hygienischen Verhältnissen nichts dagegen einzuwenden; wenn man sich aber nach dem Volksgeschrei dabei richten wollte, würde das Verfahren ein im höchsten Grade inhumanes und grausames sein. Eine zweckmäfsige Absonderung und gute ärztliche Behandlung betrachte er viel mehr als eine dem Leprakranken zu erweisende Wohlthat, als ein dem Gemeinwohl zu bringendes notwendiges Opfer.

Drs. Raynor und Napier pflichteten der gestellten Diagnose bei und vertraten auch die Ansicht, dafs eine ordentlich durchgeführte Isolierung dem Leprakranken dienlich sein würde, jedoch nicht aus dem Grunde, weil die Krankheit kontagiös sei, denn von der anästhetischen Form könne man das garnicht und bei der tuberösen nur bei bestimmten günstigen Verhältnissen des Klimas etc. annehmen.

Dr. Winfield erinnerte an den vor zwei Jahren in der Gesellschaft vorgestellten Fall von anästhetischer Lepra, welcher auch aus Westindien stammte und fast dasselbe Bild, wie der jetzt besprochene Kranke, darbot. Es hatten sich bei ihm die gleichen anästhetischen Flecke gefunden, und ferner war die klauenförmige Beschaffenheit der Hände auch vorhanden gewesen. Der Patient hatte sich bei geeigneter Behandlung (Oleum Chaulmoogra nebst innerlicher Darreichung von Tragacanthus nucis vomicae) auffallend gebessert. Die Haut hatte ein fast normales Aussehen wiederbekommen, die trophischen Ulcerationen waren geheilt, und die Deformität der Hände hatte zum wenigsten sich nicht verschlimmert. W. meinte, dafs bei dem vorliegenden Falle von einer zweckmäfsigen Behandlung noch recht viel zu erwarten sei, denn in diesem Klima ist die Lepra, und namentlich die anästhetisierende Form derselben, nicht die furchtbare Krankheit, wie in den Tropen, und selbst dort könnten, wie Vortragender ausführt, Verbesserungen in den hygienischen Verhältnissen, der Nahrung und den Lebensgewohnheiten darauf hinwirken, um das Leiden schliefslich zum Verschwinden zu bringen. Seiner Meinung nach sei die Isolierung, wie sie von den Gesundheitsämtern geübt wird, nicht zu rechtfertigen, denn die Gefahr des Leprakontagiums sei viel geringer, als diejenige der Tuberkulose oder Syphilis. Es scheine ihm Pflicht aller Ärzte und namentlich der Dermatologen zu sein, das Gemüt des Publikums von dieser unbegründeten Angst vor Lepra womöglich zu befreien. Er finde, dafs der Verwalter des Gesundheitsamtes von Brooklyn alles Lob verdiene dafür, dafs er trotz erheblichen Zeitungslärms es abgelehnt hat, diesen Fall zu internieren, und er hoffe, dafs die anderen Städte des Nordens diesem Beispiele folgen würden und auf diese Weise dem Laienpublikum zeigen, dafs die Lepra nicht mehr die grausige Krankheit der biblischen Zeiten ist.

Dr. Maddock hält auch die Isolierung in diesem Klima durchaus nicht für notwendig, noch auch glaubt er an die Kontagiosität der Lepra aufser vielleicht bei der tuberösen Form und selbst da nur bei direkter Inokulierung.

Ein Fall von Epithelioma, vorgestellt von Dr. George F. Maddock. Der Patient, ein 58jähriger Mann, hatte seit einiger Zeit eine weifse, warzige Verdickung der Schleimhaut der rechten Hälfte der Lippen und der Wange derselben Seite dargeboten. Im Anfang war nur eine kleine Stelle in der Nähe des Mundwinkels ergriffen gewesen, doch breitete sich dieselbe allmählich aus, bis die ganze Schleimhaut der rechten Hälfte der Mundhöhle mit beteiligt war.

Dr. Holstens Diagnose lautete auf Epitheliom, während Drs. Sherwell, Winfield und Morton derselben entgegentraten, indem sie das Leiden für Leukoplakie hielten. Um die Diagnose indessen sicher zu stellen, dürfte eine Untersuchung mit Hilfe des Mikroskops sich als notwendig erweisen.

James McF. Winfield, M. D., Schriftführer.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Remscheid.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über kryptogenetische Entzündungen, namentlich der Harnorgane. Vorläufige Mitteilung von Prof. Dr. C. Posner und Dr. Arthur Levin-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 32.) Die Cystitiden unbekannter Herkunft erklärt man ja jetzt meistens durch die direkte Überwanderung des Bacterium coli vom Darme aus. Die Verfasser haben nun, ähnlich wie Wreden, das Rectum am Anus abgebunden oder durch Kollodium geschlossen, die Urethra unterbunden und dann stets Mikroorganismen in der Blase gefunden, die zur Gruppe des Bacterium coli zählen. Da dieses auch in der Niere, nicht aber in der Peritonealflüssigkeit zwischen Blase und Darm gefunden wurde, ist es wahrscheinlich, dafs es auf dem Blutwege in die Harnorgane gelangt ist. Injiciert man den Bacillus prodigiosus in den Darm, dann findet man ihn in Galle, Herzblut, Nierensaft und Harn. Die Darmbakterien werden wahrscheinlich ohne Schaden die Harnorgane passieren, wenn keine Läsion durch Sekretstauung, Kongestion, Ernährungsstörungen besteht. Dafs unter Umständen auch eine direkte Überwanderung vom Darme aus stattfinden kann, ist nicht auszuschliefsen.

Die Verfasser haben durch diese Untersuchungen einen Beitrag geliefert zu der Entstehungsweise kryptogenetischer Entzündungen und auf Selbstinfektion beruhenden Erkrankungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Chirurgie des Urogenitalapparates, von R. F. Weir. (*Med. Rec.* 1894 No. 6.) Achtzig Procent aller Neoplasmen der Blase sind bösartig; sie sitzen gewöhnlich zwischen dem Blasenscheitel und den Ureterenmündungen, welche in der Hälfte der Fälle einseitig oder beiderseitig mit ergriffen werden. Metastasen erscheinen erst spät, obwohl die Schwellung der benachbarten Drüsen nicht selten ist. Die Mortalität nach Entfernung von Carcinomen aus der Blase beträgt nach Albarran ca. 50%, nach Antal (Ablösung des Peritoneums) 28%. Der losgelöste Ureter kann nach Tierexperimenten (de Paoli und Brusachi) ohne Retraktion in die Blasenwandung eingenäht werden. Nach Incision derselben wird aus der Blasenschleimhaut ein dem Lumen des Ureters entsprechendes Schleimhautstückchen ausgeschnitten, der Ureter durch die Blasenöffnung gesteckt und Ureteren- und Blasenschleimhaut vereinigt (Penrose u. a.). Von zwei vom Autor selbst operierten Fällen starb der eine sieben Wochen nach der Operation an Erysipel. Bei der Autopsie fand sich die Blasenwunde glatt verheilt. Bei dem zweiten wurde die ganze Blasenportion, auf der der Tumor (Carcinomrecidiv) safs, excidiert, die Wunde sofort mit Catgutnähten, die die ganze Dicke der Blasenwandung fafsten, vernäht; nach zwei Wochen Excision der Inguinaldrüsen. Nach acht Wochen wird Patient geheilt entlassen.

Ferner berichtet Weir über ein gutartiges Blasenpapillom. 52jähriger Patient; vorübergehende Blutungen seit 38 Jahren; Guyons Gläsermethode zeigt das meiste

und frischeste Blut in der letzten Portion. Durch Cystoskopie kann kein Tumor entdeckt werden. Derselbe wird, nach erfolgter Cystotomia suprapubica mit Hülfe eines Fergusson'schen Speculums gefunden und durch dasselbe entfernt. Heilung.

H. Einhorn-München.

Zur Vereinfachung der Krankengeschichten bei grofsem Materiale werden von E. Vaughan **drei Schemata für die Einzeichnung der Läsionen des männlichen Urogenitalapparates** angegeben und abgebildet. I. ein Longitudinalschnitt durch Urethra und Blase; II. Bild der äufseren Genitalien; III. Nieren, Ureteren, Blase, Vesiculae seminales und Prostatagegend. (*Amer. med.-surg. bull.* 1. Dezember 1894.)

H. Einhorn-München.

Die Handhabung der Asepsis und Antisepsis bei Behandlung der Harnleiden. Eine praktische Studie von Robert Kuttner. (*Therapeut. Monatsh.* 1894. No. 7.) In einer Einleitung bespricht der Verfasser zunächst die Arbeiten, welche die Beziehungen der Mikroorganismen zur Cystitis behandeln. Während Guyon das Eindringen von Bakterien in die Blase für bedeutungslos hält, wenn letztere keine Läsionen der Mucosa enthält und keine Retentio urinae besteht, d. h. die motorische Funktion der Blase nicht gestört ist, hat Julius Schnitzler gezeigt, dafs auch bei intakter Blase durch Infektion des Blaseninhalts eine Cystitis entstehen kann. Jedenfalls ist die Asepsis und die Antisepsis sehr wichtig, welche der Verfasser eingehend bespricht.

Zur Sterilisation der Instrumente brauchbar ist nur der Dampf, zu dessen Verwendung Verfasser einen neuen Apparat angiebt, den er genau beschreibt, wobei er die verschiedenen, gewöhnlich angewendeten Instrumente alle berücksichtigt.

Die Spritzen sind bei Injektionen den Irrigatoren vorzuziehen, besonders hält Verfasser die von Farkas angegebene für sehr geeignet. Zweckmäfsig ist es auch, dieselbe mit einer Mafseinteilung zu versehen.

Grofses Gewicht ist auf die Desinfektion des Penis, bezw. des Orificium externum urethrae zu legen. Der Penis wird tüchtig abgespült und dann während der weiteren Mafsnahmen auf eine sterile Platte gelegt.

Zur internen Desinfektion der Urethra eignet sich 4% Borwasser, zur Einfettung der Instrumente Glycerin mit etwas Wasserzusatz (4 : 140), oder noch besser Borsäureglycerin, allenfalls auch Eiweifs.

Es soll nach Verfasser folgendermafsen vorgegangen werden: 1. Vorbereitung der Instrumente; 2. Lagerung des Patienten; 3. Desinfektion der eigenen Hände und des Penis; 4. Desinfection der Hände und des Orificium externum; 5. Irrigation der Urethra; 6. Desinfektion der Hände und Einführung der mit Borglycerin befeuchteten Instrumente. — (Alles sehr schön, aber wo nimmt der praktische Arzt soviel Zeit, der Patient soviel Geduld her, um vor jedem Eingriff alle diese Regeln auszuführen? Man mufs auch nicht zuviel verlangen, ideale Zustände lassen sich nicht erreichen D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

F. Tilden Brown spricht in der New York Academy of Medicine (Section on genito-urinary surgery, am 9. April 1895) über drei Fälle von **Tuberkulose des Urogenitalapparates.** (*Amer. med.-surg. bull.* 1895. No. 9.)

1. 30jährige Frau. Im Anschlusse an einen Fall Schmerzen in der Sakralregion; zunehmende Blasenbeschwerden, später Nachtschweifse und Erbrechen. Die cystoskopische Untersuchung ergiebt eine kleine, superficielle Exkoriation der vorderen Blasenwandung über der Urethralöffnung. Tuberkelbacillen im Urin, Meerschweincheninfektion. Nach eingetretener Besserung ist der Urin von saurer Reaktion, Bacillen werden nicht mehr gefunden; wahrscheinlich, weil der Urin stark eiterhaltig ist (bei saurer Reaktion!). Die Eiterung ist wahrscheinlich durch den

Bacillus coli bedingt. Die Hauptläsion wird in der linken Niere angenommen. (Aus welchem Grunde?)

2. 28jähriger Mann. Früher Synovitis, später im Anschlusse an einen Fall Sakralabscefs und Tuberkulose des rechten Knies, rechtsseitige Hodentuberkulose. Vor der Operation werden in dem sauren, ganz klaren Urin Tuberkelbacillen nachgewiesen, obwohl keinerlei Nieren- oder Blasenbeschwerden bestehen. Der Urin enthält eine sehr geringe Menge Eiter, jedoch keine Spur Eiweifs (! Ref.). Auch bei weiteren Untersuchungen werden Bacillen gefunden, die stets in den Eiterzellen liegen. Kulturversuche mifslingen. Es dürfte sich nach der Ansicht von B. um einen latenten Prozefs in einer der beiden Nieren handeln, oder man müfste annehmen, dafs die Bacillen ohne deutliche Läsion der Glomeruli das renale Filter passieren; das Fehlen von Eiweifs im Urin ist jedenfalls auffallend.

3. Bei einem 26jährigen Manne bestehen im Anschlusse an eine Erkältung Blasenbeschwerden und schmerzhafte Sensation der Urethra. Urin leicht trübe, enthält Eiter, rote Blutkörperchen, Spermatozoen und Tuberkelbacillen. Geringe Menge Eiweifs. Urethroskopie zeigt punktförmige Ecchymosen und superficielle Exkoriationen der Urethra anterior: bedeutende Besserung durch konstitutionelle Behandlung.

L. Bolton Bangs erwartet von hygienischer Behandlung in solchen Fällen mehr als von chirurgischen Eingriffen.

Brown. Wenn mit Sicherheit ein lokaler, tuberkulöser Herd in der einen oder anderen Niere angenommen werden kann, soll unverzüglich die Nephrektomie gemacht werden.

S. Alexander sieht im ersten Falle die Indikation für die primäre Nephrektomie gegeben. Das Curettement der Blase werde bei tuberkulösen Prozessen, wenn die Schleimhaut verdickt und mit Knoten besetzt sei, häufig unzweckmäfsigerweise angewandt. In solchen Fällen bringe die Drainage der Blase temporäre Erleichterung.

G. Woolsey hat günstigen Erfolg von 10%iger Jodoformemulsion gesehen, während die Injektion derselben nach Alexander häufig stundenlange, heftige Schmerzen verursacht und Tuller über bessere Erfolge durch 1‰ Sublimat berichtet. *H. Einhorn-München.*

Ein neues Urethroskop von Goerl. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 10.) Verfasser bespricht hier das von ihm auf der Nürnberger Naturforscherversammlung demonstrierte Urethroskop von Reiniger, Gebbert und Schall, welches bekanntlich mit reflektiertem Licht ausgerüstet ist, und sucht die Vorteile dieses Instrumentes dem Casperschen gegenüber hervorzuheben. Es soll letzterem an Leuchtkraft überlegen, dabei sehr handlich und nicht theurer sein. Übrigens steht Verfasser auf dem Standpunkte, dafs, wo der Anschlufs an eine elektrische Centrale vorhanden ist und man die nötige Zeit hat, um die Instandhaltung regelmäfsig zu bewirken, das Oberländersche Instrument doch vorzuziehen ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

J. Stein empfiehlt ein **neues Endoskop zur Behandlung von Harnröhrenerkrankungen.** (*Americ. med.-surg. bull.* 1895. 1. Februar.) Das Instrument ist von gewöhnlicher Länge, besteht aus Hartgummi. Das vordere Ende läuft in einen Conus aus. Die Wandung ist in der vorderen und hinteren Hälfte durch drei längliche Fenster unterbrochen. Zur Ausspülung der Urethra wird am besten ein Katheter in den Tubus eingeführt, der mit einer die Spülflüssigkeit enthaltenden gröfseren Spritze in Verbindung steht. Als Flüssigkeit wird gewöhnlich warmes Wasser, nur beim Zurückbleiben von Eiter und nekrotischen Fetzen 3% Pyroxinlösung verwendet.
H. Einhorn-München.

Zur Technik der Cystoskopie, von H. Lohnstein. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. 4.) Bei der Cystoskopie mit den üblichen Instrumenten stellen sich, abgesehen von den bekannten, zuweilen unangenehme Hindernisse ein. So wird die Untersuchung unmöglich durch Vorwölbung der hinteren Abschnitte der Blase durch den Schnabel des Cystoskops, ferner wenn die Ureterenwülste weit nach hinten liegen oder dieselben zusammenhängen und so weit vorragen, dafs das Trigonum eine flottierende Klappe bildet, deren hinterer Rand von der Basis des Trigonums gebildet wird: Hypertrophie des mittleren Lappens der Prostata, Fremdkörper, Wucherungen, die sich zwischen Lampe und Prisma drängen, Tumoren, die seitlich oder oben in der Nähe des Orificium internum sitzen, sie können alle die Cystoskopie unmöglich machen. Alle diese Übelstände haben nach Verfasser ihren Grund in der gegenseitigen Anordnung von Lampe und Prisma in der Nitzeschen Konstruktion. Verfasser hat deshalb das Cystoskop dahin abgeändert, dafs der Schnabel nur der Führung dient, nicht die Lichtquelle enthält, diese in direkter Verlängerung des Schaftes oberhalb des Prismas angebracht wird. Dadurch erwächst gleichzeitig der Vorteil, dafs die immerhin unangenehme Erhitzung der Blasenwand durch zu grofse Annäherung des das Licht enthaltenden Schnabels vermieden wird. Bei der vorgeschlagenen Modifikation erhitzt sich der Schnabel wenig oder gar nicht. Sehr vorteilhaft ist es auch, dafs die Form des Schnabels beliebig modificiert und dem Einzelfalle angepafst werden kann. Der Verfasser glaubt, durch diese Abänderungen verschiedenen Übelständen bei der Cystoskopie abgeholfen zu haben.

Das Instrument wird in der vorgeschlagenen Form angefertigt von W. A. Hirschmann (Berlin). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die neueren Methoden der Urethroskopie, von H. Lohnstein. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 33.) Der Verfasser unterwirft Indikationen und Methoden der Endoskopie einer eingehenden Kritik, welche den Ansichten der Oberländerschen Schule nicht sehr günstig ist. Heben wir nur einzelnes hervor:

Mit Recht betont der Verfasser den Unterschied zwischen der Urethroskopie einerseits und der Laryngo-Rhinoskopie etc. andererseits; während bei letzteren Untersuchungsmethoden die betreffenden Teile durch das Instrumentarium gar nicht gereizt sind, da sie miteinander kaum in Kontakt kommen, alteriert das in die Harnröhre eingeführte Speculum natürlich sehr. — Eine Untersuchung in akuten Fällen ist überhaupt meist ausgeschlossen.

Die Apparate mit reflektiertem Licht, speziell den Casperschen, zieht Verfasser nach Prüfung beider Methoden entschieden vor; manchmal erhält man allerdings durch Nitze-Oberländersche Apparate bessere Resultate. Die Beleuchtung bei letzteren ist im allgemeinen keine gleichmäfsige, die gleichzeitig statthabende Durchleuchtung der Gewebe wirkt störend. — Der Caspersche Apparat, bei dem das Licht durch ein Linsensystem von geringer Brennweite in ein total reflektierendes Prisma geworfen wird, dessen Hypothenusenfläche die Strahlen annähernd parallel in die Harnröhre wirft. erfüllt alle Bedingungen zu einer guten Beleuchtung; ähnliches erreicht der Langsche Apparat.

Verfasser schildert die Differenzen in den Bildern, wenn man unmittelbar nacheinander dieselbe Stelle der Urethra mit reflektiertem und direktem Licht beleuchtet, in anschaulicher Weise; der Vergleich fällt auch hier zu Gunsten der ersteren Beleuchtungsweise aus. — Erschwerend bei den Nitze-Oberländerschen Apparaten ist auch die Notwendigkeit weiterer Tuben, sowie der Kühlvorrichtung, die leichte Zerstörbarkeit des glühenden Drahtes, die Erschwerung instrumenteller Eingriffe etc.

Mankiewicz spricht sich für eine Beschränkung der Anwendung der Urethroskopie aus. Man steigert durch dieselbe oft die Neurasthenie, die viel schlimmer ist als das

Grundleiden. Es ist diese Zurückhaltung um so wichtiger, als die Resultate der urethroskopischen Behandlung doch noch sehr unsicher sind.

L. Casper wendet sich auch gegen die zu weitgehende Bedeutung, welche die Oberländersche Schule der Urethroskopie beilegte, und kritisiert die von derselben gegebenen Abbildungen ziemlich abfällig. Sodann hebt er die Veränderungen, welche durch die Wärme des bei den Oberländerschen Endoskopen angewendeten direkten Lichtes in dem Blutgehalt der Urethralschleimhaut hervorgerufen werden, hervor.

Das Goerlsche Endoskop hat mancherlei Nachteile, da die Beleuchtung zu schwach ist und die Reflexion durch einen Spiegel das Licht zerstreut.

Lohnstein betont in seinem Schlufswort, dafs das Licht bei dem Goerlschen Apparate nicht zu schwach ist. Ein Fehler desselben aber ist, dafs man ein Bild des Glühfadens selbst auf der Schleimhaut erhält, statt eines diffus beleuchteten Bildes.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Endoskopische Befunde in der Pars prostatica urethrae bei gewissen willkürlichen Bewegungen, von Jos. Gruenfeld. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 18.) Die endoskopische Betrachtung der Pars prostatica mit graden Instrumenten von 12—13 cm bietet nach Verfasser keinerlei Schwierigkeiten. Das Bild läfst sich beeinflussen durch willkürliche Bewegungen des Patienten. Aus der Dimension und Konfiguration des Caput gallinaginis im endoskopischen Bilde läfst sich auf den im Sehfelde befindlichen Abschnitt ein Rückschluſs ziehen. Bei Kontraktion des Sphinkter durch Einziehung des Afters verschiebt sich das Bild, es tritt eine retrograde Bewegung sämtlicher Teile des Sehfeldes ein, und dadurch erhält man einen verläfslichen Eindruck über Form und Gröfse des Caput gallinaginis. Die Einstellung des Tubus, der Grad des ausgeübten Druckes spielen dabei eine Rolle. Verfasser schildert nun die verschiedenen Veränderungen des Sehfeldes in den verschiedenen Abschnitten der Urethra genauer, die auch vom physiologischen Standpunkte aus Interesse haben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über ein Katheter-Itinerarium für hohen Blasenschnitt, von J. Englisch. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 43.) Ein übler Zufall beim hohen Blasenschnitt ist es, wenn es sich um eine sehr reizbare Blase handelt, die selbst in der Narkose den Inhalt austreibt, zurückinkt und schwer zugänglich wird. Um deshalb die Blase während der Operation füllen zu können ohne Instrumentenwechsel, scheint ein entsprechendes Leit- und Irrigationsinstrument nötig. Dieses erfüllt gleichzeitig den Zweck, die Blase unmittelbar vor der Eröffnung antiseptisch reinigen und füllen zu können, da oft bei stark zersetztem Inhalt die Desinfektion der Blase vor der Operation nicht den gewünschten Erfolg hat. Das vom Verfasser konstruierte Instrument ist ein im vorderen Ende offener Katheter, der also hier einer Leitsonde gleicht. Der übrige Teil desselben ist geschlossen; die zentrale Öffnung geht auch durch den dicken Griff. Durch einen Kugelhahn kann der Katheter geöffnet und geschlossen werden.

Das Operationsverfahren ist folgendes: Durchtrennung von Haut, Bauchwand, Fascia transversalis, Vorschieben des linken Zeigefingers hinter die Schambeinfuge und stumpfe Loslösung des subperitonealen Zellgewebes bis zum Blasenscheitel mittelst des Fingers, dadurch Verschiebung der Umschlagsfalte des Bauchfells. Sodann folgt Andrücken der Leitsonde gegen die vordere Blasenwand, Vordrängen derselben von dem linken Zeigefinger, Fixierung der Blase mit Fadenschlingen (kann auch nach der Eröffnung geschehen), Reinigung der Blase und Eröffnung derselben unter kontinuierlicher Irrigation durch Leitkatheter. Der Fehleisensche Ballon ist entbehrlich.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine verbesserte Methode, Katheter zu desodorisieren und zu reinigen, von J. W. Cousins-Portsmouth. (*Brit. med. Journ.* 19. Januar 1895.) Verfasser beschreibt einen von ihm konstruierten Dampfsterilisierungsapparat, der es ermöglicht, in verhältnismäßig kurzer Zeit (½ Stunde) das Innere mehrerer Katheter gut zu reinigen und zu desinficieren. Der sehr einfache und praktische Apparat wird von der Firma Maw, Son & Thompson in London geliefert. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Asepsis der Katheter; von G. J. Müller. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 38.) Verfasser giebt einen kleinen Apparat an, um Katheter aseptisch zu erhalten. Derselbe besteht aus einem 43 cm langen Schlauch aus Patentgummi, dessen eines Ende zugeschmolzen, dessen anderes Ende über einen flachen Hartgummicylinder gezogen ist, auf einen Deckel aufgeschroben wird. In der Mitte des Deckels sitzt ein 20 mm langer konischer Zapfen, über den das offene Ende des Katheters gezogen wird. Das desinficierte Etui wird mit 1%igem Lysol oder ¼%iger Karbollösung gefüllt, der desinficierte Katheter hineingebracht, der Deckel mäßig fest aufgesetzt. Der Schlauch kann bequem in der Tasche getragen werden, vor dem Gebrauch mittelst eines Metallhakens in das Knopfloch eingehängt werden. Ein flaches Krystallgläschen mit Glycerin vollendet die Ausstattung.

Der Katheter wird desinficiert durch ½stündiges Einlegen in 1%ige Sublimatlösung; darauf mindestens zwei Stunden in sterilem Wasser, Borsäure oder ¼%iger Karbolsäurelösung ausgewässert. Der Apparat wird angefertigt vom Instrumentenmacher Schulze, Berlin, Johannisstraße 14/15. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine neue Urethralspritze, von E. Schreiber. (*Zeitschr. f. Krankenpflege.* Oktober 1894.) Eine neue Bereicherung unseres ärztlichen Armamentariums glaubt der Herr Verfasser erfunden zu haben. Da manche Patienten mit den verordneten Harnröhreninjektionen nicht recht zu stande kommen können, bedient er sich in seiner Praxis einer Spritze mit konischer Spitze, deren Querschnitt elliptisch, an den Seiten abgeplattet ist. Unseres Erachtens sind derartige Spritzen schon längst auch anderswo im Gebrauch, ohne daß sich irgendwelche Vorzüge vor solchen mit kreisrundem Querschnitt ergeben hätten. *F. Hahn-Bremen.*

Morelli-Neapel rühmt (*Giorn. intern. de science med.* 1895. No. 11) außerordentlich die **Pezzerschen Katheter,** die er mit bestem Erfolge bei Urethralfisteln etc. als Dauerkatheter verwendete. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Untersuchungen über die Pars fixa der Urethra nach Studien an Gefrierschnitten spricht Testus in der Academie des sciences de Paris (Sitzung vom 9. Juli 1894). Die Untersuchungen an Medianschnitten durch die ganze Urethra lehren doch, daß über die Topographie derselben unrichtige Anschauungen bestehen. Der Blasenhals liegt stets über und hinter dem unteren Ende der Symphyse, zwischen beiden besteht in der Regel ein Intervall von 22 mm. Der niedrigste Punkt der Urethra liegt immer vor der mittleren Beckenfascie, im Bereich einer vom Angulus pubis gefällten Vertikalen; von dem Symphysenwinkel ist er 18 mm entfernt. Der Winkel der Harnröhre vor dem Angulus pubis liegt meistens unterhalb der durch das untere Symphysenende gelegten Horizontalen. Die Länge der Pars fixa beträgt 65—70 mm, wovon 40 mm auf den vor dem niedrigsten Punkt gelegenen Abschnitt kommen. Die Urethra liegt in einer Ausdehnung von 38 mm unterhalb der Ebene, die man sich durch den Blasenhals gelegt denkt, steigt dann in einer Länge von 6 mm aufwärts nach dem Angulus pubis. Die Sehne des Bogens, den die Pars fixa um die Symphyse beschreibt, ist 55 mm lang. Die Pars fixa besteht also aus zwei annähernd geradlinigen Teilen, die durch einen kurzen Bogen verbunden sind, der aber sehr

verschieden lang und krumm ist. Der Winkel, in welchem zwei an die beiden Abschnitte der Urethra gelegte Tangenten sich schneiden, der Krümmungswinkel der Pars fixa, variiert zwischen 58 und 106°. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Verkrümmungen des Penis, von JONATHAN HUTCHINSON. (*Arch. of surg.* 1894. Bd. V. S. 329.) H. teilt verschiedene Fälle mit, in denen der erigierte Penis sich so stark nach oben krümmt, dafs er den Beischlaf zu verhindern vermag. Vermutlich handelt es sich dabei um eine teilweise Thrombosierung des kavernösen Gewebes, die bald unverändert bleibt, bald Fortschritte macht. Mehrmals ist auch eine Verhärtung der Handfascie, die als DUPUYTRENS Kontraktion bekannt ist, dabei beobachtet worden. Die meisten von HUTCHINSONS Fällen betrafen Männer, die das 50. Lebensjahr bereits überschritten hatten. *Türkheim-Hamburg.*

VOLTERRA berichtet über einen Fall von **partieller Gangrän des Präputium und der Penishaut durch Streptokokkeninfektion.** (*Com. clin. d. mal. cut. e gen.-urin.* 1894. No. 4.) Der 23jährige, sonst gesunde Mann hatte sich die Affektion bei einem Coitus versuch zugezogen. Die Streptokokken wurden mikroskopisch im Gewebe selbst, bakteriologisch im Blute und in den betreffenden Gewebsstücken nachgewiesen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein Fall von supplementärer Eichel, von M. DAUNIC. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 9.) Diese Beobachtung betrifft einen Fall, der sozusagen ein Unicum darstellt. Es handelt sich um eine winzig kleine, supplementäre Eichel, die auf dem oberen Teile des normalen Organs sich befindet und mit ihm eine vollkommene Ähnlichkeit besitzt. Träger derselben ist ein 17jähriger Jüngling. Die Eichel ist vollkommen proportioniert, in ihrem oberen Drittel durch Vorhaut bedeckt. An diesem Punkte, auf dem oberen Rande und genau im Mittelteile der Corona bemerkt man einen abnormen Vorsprung, regelmäfsig geformt, mit einer Schleimhaut von rötlicher Farbe bedeckt, diese in Verbindung mit der Eichelschleimhaut. Der kleine Tumor mifst 10 mm in der Länge, 7 in der Breite und 6 in der Höhe. Seine Form erinnert an ein Spielkartenherz, die Spitze ist gegen das Ende der Eichel gerichtet, die Basis ruht auf der Eichelkrone, das Ganze tritt scharf, deutlich sich abhebend hervor. Die Geschwulst ist an ihrer Oberfläche ganz regelmäfsig und scheint durch eine leichte Kerbe in der Mitte in zwei Hälften geteilt. An ihrem dünnsten Teile befinden sich zwei unveränderliche Klappen. Der Meatus ist nicht durchbohrt. DAUNIC glaubt, dafs diese Anhangseichel von einer abnormen Wucherung herrührt, von zwei supplementären Sprossen, die von den Corpora cavernosa ausgingen.
Neuhaus-München.

Phimosis, von B. E. VAUGHAN. (*Am. med.-surg. bull.* 1. November 1894.) Unter 350 Fällen, worunter nur solche aufgenommen wurden, bei denen das Zurückstreifen des Präputiums ohne Operation nicht mehr möglich war, waren 105 kongenital. Die übrigen waren bedingt durch Blennorrhoe (55), Balanitis und Posthitis (40), Ulcus molle (103), Ulcus durum (41), Kondylome (5), Epitheliom (1); fast stets bestand zu gleicher Zeit Balanitis meist als Folgezustand der Phimosis und nur in den angegebenen 40 Fällen deren Ursache. — Als Symptome und Begleiterscheinungen werden angegeben: 1. Störungen der Harnentleerung; 2. Balanitis und Posthitis; 3. Präputialsteine; 4. Hernien; 5. Prolapsus ani; 6. Verdickung und Verhärtung des Präputiums; 7. vorzeitige sexuelle Entwickelung und Masturbation; 8. Paraphimose; 9. Störungen beim Kopulationsakt; 10. vermehrte Häufigkeit und Intensität geschlechtlicher Erkrankungen; 11. warzenähnliche Gebilde; 12. Epitheliome; 13. Reflexneurosen.

Die kongenitalen Fälle wurden sämtlich unter Kokainästhesie zirkumcidiert. Die

Behandlung der erworbenen Fälle bestand in der Reinigung des Präputiums durch Injektionen und Ausspülung von Antisepticis und Adstringentien, Cirkumcision oder dorsalen Einschnitten zur Freilegung von Geschwüren. Es wird ein Fall von Ulcus molle erwähnt, der eine Woche lang als Typhus abdominalis behandelt wurde und an Septikämie zu Grunde ging.

Zur Kokainästhesie wurden 1,8—2,4 g einer 4%igen Lösung verwendet. Die Nadel der Spritze wurde in die Haut am Dorsum penis eingestochen, dann von dieser einen Stelle aus auf beiden Seiten unter der Haut bis zur Unterfläche weitergeführt.

H. Einhorn-München.

Paraphimosis, Balanoposthitis und Vegetationen am Penis, von B. E. Vaughan. (*Americ. med.-surg. bull.* 15. November 1894.) Paraphimose: 44 Fälle; häufigste Ursache partielle Phimose, dann Herpes progenitalis, Ulcus durum, Ulcus molle. Zweimal wurde ein der Paraphimose ähnlicher Zustand hervorgerufen durch Ringe, die über die Glans penis geschoben worden waren. Gangrän wurde nie beobachtet; dieselbe wird fast stets dadurch hintangehalten, dafs die Spannung des Vorhautringes durch Ulceration der gefährdeten Stellen vermindert wird. Der Reposition wurde meist die Phimosenoperation sofort angeschlossen, wobei die Schwellung der Teile die Heilung niemals störte.

Balanoposthitis: 616 Fälle. Ätiologisch kamen in Betracht Phimose, Blennorrhoe, Ulcus durum, Ulcus molle, Herpes progenitalis, Diabetes mellitus und arthritische Diathese. Behandlung: Waschungen mit Zinc. sulfur. 0,3, Spirit. Lavand. compos. 2,0, Aq. 60,0; Streupulver: Acid. bori., Kalomel, Wismuth subnitr. aa.

Vegetationen am Penis: 130 Fälle; in vorgerückten Jahren manchmal Übergang in maligne Geschwülste. Entfernung der die spitzen Kondylome tragenden Partie, oder nach Abtragung mit der Schere Ätzung mit dem Galvanokauter oder Acidum nitricum und nachheriger Anwendung des angegebenen Streupulvers.

H. Einhorn-München.

Ein Fall von einer äufserst seltenen Form der Eichelhypospadie, von Vincenz Pavec. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 13.) Verfasser beschreibt eine Anomalie der Penisform, bei der eine Hypospadie bestand; die nach unten offene Rinne endete blind, dagegen bestand 1 cm hinter ihrem hinteren Ende eine sehr kleine, wie eine Harnröhrenfistel aussehende Öffnung, welche die eigentliche Harnröhrenöffnung darstellte, dem Urin aber nur in feinem Strahle den Austritt gestattete. Der Patient war ein Melancholiker und endete durch Selbstmord. Einen ähnlichen Fall hat Kaufmann bei einem Geisteskranken beschrieben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Hypospadie bei einem neugeborenen Kinde, von J. W. Ballantyne. (*Teratologia.* 1894. S. 96.) Die Harnröhrenöffnung befand sich an der Stelle, wo sonst das Frenulum praeputii sitzt; letzteres war in seiner unteren Hälfte stark verkümmert.

Türkheim-Hamburg.

Ein Fall von Hypospadie mit Harnröhrenverschlufs, von Marx. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1894. No. 102.) Ein Kind, welches am dritten Tage nach der Geburt noch nicht Urin gelassen hatte, zeigte neben einer sehr gefüllten Blase eine Vorhaut, die wie eine cirkumcidierte aussah. Der Penis war halbmondförmig nach abwärts gebeugt und nicht durch Zug streckbar, da von der Wurzel zum Scrotum sich seitliche Hautfalten spannten; das Scrotum sonst normal. An der Spitze der Eichel ein sagittaler Spalt mit geröteten Rändern, der aber von anderer Seite gemacht war; ein Katheter liefs sich nicht durch denselben einführen. Der Sulcus coronarius fehlte, die Haut war hier in der Ausdehnung von einigen Millimetern nach dem Scrotum hin zart, glatt, wie eine Serosa. An einer Stelle liefs sich hier eine Hautfalte abheben, welche

gespalten wurde; jetzt entstand eine Öffnung, durch welche man mit der Sonde in die Urethra dringen konnte. Aus dieser Öffnung entleerte sich dann der Urin in kräftigen Strahle. Es war also ein Fall von Hypospadia penialis mit Fehlen jeglicher Harnröhrenöffnung, ohne Andeutung einer Rinne. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gallozi-Neapel stellt einen 40jährigen Patienten mit **Epithelioma penis** vor, welches vom Sulcus balano-praeputialis ausgegangen war und die Corpora cavernosa angegriffen hatte. G. behandelte den Fall, indem er die Amputatio penis mit der glühenden Drahtschleife (Apparat von Voltolini) vornahm, welche Methode die Hämostase sichert und einen nur dünnen Brandschorf erzeugt. Zur Vermeidung der Urethralstenose wird, nach Barba, am unteren Teile der Urethra eine Öffnung gemacht und durch dieselbe ein elastischer Katheter eingeführt. (*Rif. med.* No. 295. 1894.)
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Primäres Harnröhren-Epitheliom, von Albarran. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-urin.* 1895. No. 5.) Der seltene Fall betraf einen 43jährigen Mann, der weder Tripper, noch eine Verletzung durchgemacht hatte. Vier Jahre lang bestand bloſs Schwierigkeit des Urinierens. Albarran sah den Patienten, als bereits schwere Zerstörungen vorlagen: Geschwulst des Penis bis zum Hodensacke, daselbst Fisteln, in diesen Eiter und Blut. Die Instrumente führen in Hohlgänge und brandiges Gewebe. Fieber, Anschwellung der Leistendrüsen waren schon vorhanden. Nach Anwendung des Thermokauters schwand das Fieber. Hierauf nahm Albarran die völlige Entmannung vor, indem er Penis, die beiden Hoden und fast die ganze perineale Harnröhre entfernte. Auch die beiderseitigen Leistendrüsen wurden herausgenommen. Die Wunden heilten, nach drei Monaten war noch kein Recidiv eingetreten. Die histologische Untersuchung ergab ein verhorntes Pflaster-Epitheliom, das sich auf Kosten des Harnröhren-Schleimhaut-Epithels entwickelt hatte. Verfasser konnte noch acht Fälle von primärem Epitheliom der Harnröhre in der Litteratur sammeln, besonders erwähnenswert ist der Oberländersche, in welchem durch die Endoskopie frühzeitig die Diagnose gestellt und rechtzeitig chirurgisch eingegriffen werden konnte. *Neuhaus-München.*

Die Heilbarkeit des frühzeitig erkannten Harnröhrenkrebses beim Manne, von Paul Ruppricht. (*Centralbl. f. Chir.* 1894. No. 46.) Verfasser hat nur sieben primäre Krebse der Harnröhre in der deutschen und französischen Litteratur beschrieben gefunden. Stets war das Leiden zufällig bei der Behandlung von Strikturen oder Fisteln gefunden worden. Nur einmal konnte noch der Penis amputiert werden, die anderen sechs Fälle waren inoperabel. Durchschnittlich erlagen die Kranken nach zweijähriger Dauer des Leidens. Und doch handelte es sich stets um relativ wenig bösartige Krebsformen; vier mal war es ein Plattenepithelkrebs. Man darf deshalb bei zeitiger Diagnose wohl einen vollen Erfolg der Operation erwarten. In einem Falle hat Verfasser diesen erzielt, nachdem Oberländer urethroskopisch die Diagnose gestellt; derselbe wird hier mitgeteilt:

Ein 69jähriger Herr war von Oberländer drei Jahre lang wegen blennorrhoischer Striktur und Blasenkatarrh behandelt. Bei einer Untersuchung nach monatelanger Pause wegen erneuter Beschwerden und Blutungen beim Katheterisieren fand Oberländer äuſserlich schon eine haselnuſsgroſse, harte Geschwulst am Bulbus urethrae und urethroskopisch im Bulbusteil dicht hinter der Strikturennarbe eine rote, höckrige, himbeerähnliche Geschwulst. Durch Abreiben entfernte Teile zeigten den Befund eines groſszelligen Carcinoms ohne Verhornung und ohne Perlkugeln. — Die Entfernung des Tumors geschah nach Bloſslegung der Harnröhre durch Resektion eines 8,5 cm langen Stückes derselben. Die Enden lieſsen sich schwer vereinigen, deshalb

spaltete der Verfasser das Scrotum, nähte jeden Testis in eine Hälfte ein, löste die Pars pendula urethrae samt dem Schwellkörper von dem Schwellkörper des Penis. Jetzt gelang die Vereinigung der durchtrennten Urethralenden. Verweilkatheter; Heilung in drei Wochen. Seitdem sind 21 Monate ohne Recediv verflossen.

Der Fall lehrt die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose und die Möglichkeit der Heilung ohne Verstümmelung.

Für die Differentialdiagnose gegenüber dem Carcinom der Cowperschen Drüsen stellt KAUFMANN folgende Merkmale auf: Der Harnröhrenkrebs macht Strikturbeschwerden, ist am Bulbus fühlbar, erschwert den Katheterismus, ist urethroskopisch sichtbar. Der Krebs der Cowperschen Drüsen macht auch Harnbeschwerden, aber vorwiegend beim Sitzen, Gehen, bei der Stuhlentleerung; man fühlt ihn hinter dem Bulbus vor dem Anus, unter der Prostata, an der Pars membranacea; er erschwert nicht den Katheterismus, ist urethroskopisch nicht sichtbar. Auch er ist durch seitige Operation heilbar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein ungewöhnlicher Fremdkörper in der Harnröhre, von H. GOLDENBERG-New-York. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-urin.* 1894. No. 8.) Bei einem 13jährigen Knaben, welcher seit zwei Jahren an Leibschmerzen litt, konnte GOLDENBERG einen Dattelkern aus der Harnröhre herausziehen; man mußte die Harnröhrenöffnung spalten, um dem Kern Raum zu schaffen. Sein hinterer Umfang entsprach No. 21 der Scala Charrière. Der Kern war an der Oberfläche angenagt. Nach dem mit dem Kranken angestellten Examen glaubt GOLDENBERG, daß der Kern durch Perforation eines Abscesses allmählich in die Blase und von da in die Harnröhre gelangt ist. Heilung. *Neuhaus-München.*

Katheterfragmente in Harnröhre und Blase. — Urethrotomia externa. — Sectio alta. — Heilung, von H. LOHNSTEIN. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1894. No. 61.) Die Nélatonkatheter sind nicht immer kontrollierbaren Veränderungen in Konsistenz und Haltbarkeit ausgesetzt. Nach längerem Gebrauch, aber auch nach längerem Nichtgebrauch werden sie brüchig und können besonders an den Fenstern leicht abbrechen. Man muß sie deshalb sorgsam vor der Anwendung auf ihre Elasticität prüfen. Der Verfasser berichtet eingehend den Verlauf eines Falles, in dem der Nélatonkatheter abgebrochen, ein Teil in der Pars membranacea, ein weiterer, wie nach der Urethrotomia externa erkannt wurde, in der Blase zurückblieb. Letzterer wurde dann durch Sectio alta entfernt. Schließlich trat vollkommene Heilung ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bandwurm in der Harnröhre. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 5.) Ein Mann beklagte sich seit mehreren Jahren über Schmerzen in der Blasen- und Darmgegend. Dr. SPOOF, ein finnländischer Arzt, verordnete ein Opium-Suppositorium für das Rectum und kam dazu, aus der Harnröhre eine Taenia herauszuziehen, deren Kopf zuerst sich darbot.

Der Fall ist nicht einzig. JONES sah einmal schon vor acht Jahren in GUYS Hospital durch die Harnröhrenöffnung ein 8 cm langes Stück einer Taenia solium heraustreten. Der Bandwurm war in diesem Falle vom Darm aus durch eine Fistel am Blasenhalse in die Harnröhre eingedrungen. *Neuhaus-München.*

Polyp der Harnröhre von ungewöhnlichem Umfange, von DESGUIN. (*Société belge de chir.*) Dieser Polyp, der sich bei einem 17jährigen Mädchen vorfand, schaute aus der Vulva heraus wie ein Uterus inversus. Er nahm die ganze rechte Seitenwand der Harnröhre ein und erstreckte sich über die Öffnung hinaus in die Blase. Ein zweiter kleinerer Polyp fand sich an der linken Seite, höher hinaufreichend, selbst

bis zum Fundus vesicae. Blasenbeschwerden bestanden vielleicht schon seit sieben Jahren; Incontinentia partialis scheint erst in der letzten Zeit aufgetreten zu sein. Das Allgemeinbefinden hatte sehr gelitten. Mittelst des Schlingenschnürers wurde der gröfsere Polyp zunächst entfernt; dieses Stück wog 160 g. Leider wurde die histologische Untersuchung versäumt.

Vorübergehend trat völlige Incontinentia urinae ein; nach deren Verschwinden besserte sich das Allgemeinbefinden vorzüglich. Die Reste der polypösen Massen müssen noch entfernt werden, eventuell unter Zuhülfenahme der Sectio alta.

Neuhaus-München.

Behandlung von Harnröhrenwucherungen mittelst einer kreisförmigen, scharfen Curette, von J. B. Deaver. (*Med. News.* 28. Juli 1894.) Zur Beseitigung von Wucherungen in der Harnröhre, welche bekanntlich gelegentlich einen chronischen Katarrh hervorrufen, hat D. ein einfaches Instrument konstruiert. Dasselbe besteht aus einem kurzen, scharfrandigen Cylinder, welcher genau in ein Urethroskop gewöhnlichen Formats pafst und an ein genügend langes Heft befestigt ist. Am scharfen Rande sind zwei sich gegenüberstehende Einkerbungen angebracht. Für die verschieden grofsen Harnröhren mufs man natürlich verschiedene Gröfsen von Urethroskopen und Curetten haben. Die Anwendung geschieht, indem man das Instrument bis an die Wucherung vorschiebt, letztere mit einer der Einkerbungen fafst und durch Drehen abträgt. Die oft nicht unbedeutende Blutung stillt man mit Argentum nitrium in Lösung. Zwei Fälle von erfolgreicher Anwendung sind kurz mitgeteilt.

Philippi-Remscheid.

Erfolgreiche Urethrotomia externa wegen festgeklemmten Steins in der Urethra mit konsekutiver Gangrän und Ruptur derselben. Ausgedehnte Urinextravasaktion und neuntägige Retention, von T. G. Morton. (*Med. News.* 27. April 1895.) In der Philadelphia Academy of Surgery stellte M. einen 16jährigen Jüngling vor, bei welchem nach längeren Urinbeschwerden ein Calculus in der Pars pendula der Harnröhre festgekeilt vorgefunden wurde. Derselbe wurde stückweise entfernt, aber wenige Stunden nach der Operation schwollen Penis und Scrotum erheblich an und wurden stellenweise dunkel verfärbt. Es bestand Retentio urinae, und als neun Tage später vom Perineum her incidiert wurde, fand sich eine ausgedehnte Ansammlung von Urin an diesen Teilen infolge eines Einrisses in der Harnröhre, welche zwei Zoll weit gangränös war. Einen Monat später bestand zwar eine grofse Fistel, aber die Wunde geht ihrer vollständigen Heilung entgegen.

Philippi-Remscheid.

Periurethrale Abscesse wurden von B. E. Vaughan (*Americ. med.-surg. bull.* 15. Oktober 1894) in ungefähr 1% der Blennorrhoefälle (6000) beobachtet. Dieselben waren meist direkt hinter dem Frenulum gelegen und im Anschlusse an Entzündung der follikulären Drüsen mit nachfolgendem Verschlufs der Ausführungsgänge oder durch Occlusion der Lacunae Morgagni entstanden. Gonokokken und Eiterkokken wurden stets nachgewiesen. Wird der Ausführungsgang der Drüse sekundär wieder durchgängig, so erscheint der Eiter auf Druck an der Harnröhrenmündung. Bei Vernachlässigung entstehen Harnröhrenfisteln. — Mitteilung eines Falles, in dem reichliche Strikturen, eine Fistel und hinter derselben noch ein Abscefs bestand. Heilung nach Ausräumung der Abscefshöhle, Entfernung des nekrotischen und Narbengewebes, Anfrischung der Urethralränder und zweiwöchentlicher perinealer Drainage. Entzündung der Cowperschen Drüsen wurde nur einmal beobachtet. Die Lage derselben zwischen den beiden Lagen der Perinealfascien bedingte eine Ausbreitung des Eiters, intensive Schwellung und Schmerzhaftigkeit. Heilung nach Incision. — Die Abscesse sind so bald wie möglich zu incidieren; ist noch kein Eiter vorhanden, so verschwinden

die Knoten nach vorhergegangener Erweichung nach einigen Tagen. Jede lokale Behandlung der Urethra ist zu unterlassen. Strikturen müssen speziell behandelt werden. *H. Einhorn-München.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Zur Kultur des Gonococcus Neisser, von Dr. Kiefer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 15.) Als sehr geeigneten Nährboden, weil besonders eiweifsreich, fand Verfasser den Ascites bei Unterleibstumoren. Diese Flüssigkeit ist überall leicht in grofsen Mengen erhältlich und läfst sich, filtriert, in einzelne Reagenzgläser verteilt und fraktioniert sterilisiert, sehr lange zum Gebrauche aufbewahren. Zur Sterilisation hat er etwas höhere Wärmegrade, wie üblich, nämlich ca. 62° vorgezogen, weil dadurch die Keimfreiheit doch eine erheblich sichere wird, und wenn man das Material auf einmal nicht länger als zwei Stunden im Ofen beläfst, keine störende Trübung auftritt. Die Resultate auf diesem Nährboden (1/3 Ascites + 2/3 Agar) waren ganz zufriedenstellende, was das Wachstum anbetrifft, doch fiel bald sehr störend auf, dafs die aufgegangenen Gonokokkenkulturen so rasch von Nachbarkeimen umflossen und überwuchert wurden. Als besonders gefährlich in dieser Beziehung zeigte sich der Diplococcus albus, ein harmloser und fast artiger Keim von ähnlicher Form und Gröfse wie Gonococcus. Deshalb versuchte er, die Zusammensetzung für das erfolgreiche Wachstum des Gonococcus zusammen mit anderen Keimen geeigneter zu machen. Zuerst verwendete er wegen der zu geringen Konsistenz statt 1/3 Ascites und 2/3 Agar 3—4% Agar und erzielte damit bessere Resultate, ja er benutzte selbst 1/2 Agar und 1/2 Ascites, ohne der Konsistenz zu schaden. Wie früher schon Wertheim, so hat auch jetzt Finger wieder den günstigen Einfluſs des Peptons auf das Gonokokkenwachstum hervorgehoben. Ein ganz eigentümliches Verhalten der Gonokokken im menschlichen Körper glaubt er vor allem auf diesen Faktor zurückführen zu müssen. Wie bekannt, ist für den Gonococcus typisch ein haufenweises Vorkommen im Leukocytenprotoplasma, nicht dagegen findet er sich im Innern von roten Blutzellen, wie Verfasser sich bei Versuchen über künstliche Einwanderung überzeugt hat. Nimmt man nun an, das erste Gonokokkenpar sei in das Innere eines weifsen Blutkörperchens gelangt, so sieht man, wie sie sich hier rapide vermehren, in Bälde ist der ganze Zellleib von ihnen erfüllt; sowie die Nährkraft des Wirtes erschöpft ist, zerfällt dieser, und der ganze Schwarm wird frei. Dafs die intercellular gelegenen Gonokokken aber in der Blüte ihrer Entwickelung stehen, sieht man an der wohl ausgebildeten Form und der intensiven Tinktion.

Die Untersuchungen von Hofmeister haben erwiesen, dafs die meisten Blutzellen die Peptonträger im Organismus sind. Bei der Dünndarmverdauung tragen sie die Peptone von der Mucinoberfläche in die Zotten, woselbst diese in Albuminate umgesetzt werden. Deshalb suchte K. unter möglichster Nachahmung der natürlichen Verhältnisse das Nährgemisch zu modificieren. Dabei hat er sich an folgendes gehalten: Der gebräuchliche Agar hält 1—1½% iges Pepton + dem aus der Fleischmenge ausgelaugten und durch das Kochen in Kreatinin umgewandelten Kreatin; die übrigen Eiweifsstoffe sind durch das Kochen wohl gröfstenteils gefüllt. Den Eiweifsgehalt des Ascites kann man im Durchschnitt wohl auf 1—3% annehmen. Bei 1/3 Ascites und 2/3 Agar wären das also ca. 2% Eiweifsstoffe gegen 8—10% des menschlichen Blutserums und vielleicht 5% des hochentzündlichen Exsudates; dies bedeutet aber doch einen ganz erheblichen Ausfall am Nährmaterial, und um diesen zu decken, fügte er noch 5% Pepton zu, und um die Konsistenz zu verbessern, 2% Glycerin. Die Reaktion ist neutral gestellt. Die Zusammensetzung von des Verfassers Agar ist also 3½% Agar, 5% Pepton, 2% Glycerin, 0,5% Kochsalz.

Die zu ein Viertel damit gefüllten Röhrchen werden flüssig gemacht und auf 50° abgekühlt, mit der gleichen Menge gleichfalls auf 50° erwärmter Asciteaflüssigkeit im Reagenzglas gemischt, sodann wird das Ganze in Petrischalen ausgegossen und ist nach einer Minute fertig zum Gebrauche. K. demonstrierte darauf verschiedene auf diesem Gemisch vor 24 Stunden angelegte Kulturen, wobei er darauf aufmerksam macht, dafs das häufige Überwuchertwerden durch andere Bacillen auf dieser Kombination seltener ist. Bei wochenlangem Brutofenaufenthalt hat er den Gonococcus zusammen mit verschiedenen anderen Stäbchen und Kokken unbeschadet die Schale teilen sehen. Impfversuche ergaben spezifische Urethritis von sechs Wochen Dauer. Auf Agar, Peptonagar und Glycerinagar findet kein Wachstum statt. Ganz geringes Wachstum konnte er einige Male auf Peptonagar erzielen, wenn er zur Herstellung der Bouillon leukämische Milz verwendete, aber nach 48 Stunden war alles wieder verschwunden, und meist ging gar nichts auf. Bei Zimmertemperatur findet auch auf dem besten Nährboden kein Wachstum statt, ebenso über 38°. Ganz besonders gefährlich sind aber auch rasche Temperaturschwankungen. Die Ausstrichmethode in Petrischalen ist die beste. Im Strich hat das Wachstum der aufgegangenen Kolonie nach 48 Stunden seinen Höhe- und Schlufspunkt erreicht, niemals wird die Kultur breiter, als 1—3 mm. Die Reinkultur ist stets grau und bleibt; nur bei zunehmender Dicke erhält sie im Zentrum einen weifslichen Ton. Die Hauptcharakteristica des mikroskopischen Kulturaussehens sind folgende: Hellgelb-rehbraun, ziemlich stark lichtbrechend — jede dunklere Färbung mufs den Verdacht auf Mischkultur erwecken —, Zentrum grobkörnig glänzend, Mittel- und Randzone fein granuliert, Rand gezähnelt. Besonders typisch aber sind überall radiär nach dem Zentrum zu verlaufende Sprünge und Rillen, welche dem Ganzen den Anblick einer gesprungenen Eisplatte geben können. Diese letztere Eigenschaft ist auch der Grund für das lockere Gefüge der Kultur und der Weg, auf welchem andere Kolonien in sie eindringen; damit erklärt sich auch zum Teil die geringe Widerstandsfähigkeit. K. hat nun bei einer Reihe von Cervixeiterungen, Bartholinitiden, Urethritiden verschiedene, bekannte und unbekannte Bakterien rein gezüchtet. Erwähnenswert ist ferner, dafs man öfters bei chronischen Eiterungen des Genitaltractus, namentlich des weiblichen, Kurz- und Längsstäbchen, ganz nach Gonokokkenart, im Leukocytenprotoplasma eingelagert findet. Was die Färbung betrifft, so handelt es sich um die Frage: Ist es möglich, den Gonococcus von sämtlichen anderen bekannten und hierher in Frage kommenden Diplokokkenspezies durch Färbung zu differenzieren? K. glaubt, es bejahen zu können. Färbt man ein Ausstrichpräparat der sechs bekannten Diplokokkenspezies in der üblichen Weise mit Anilinwassergentianaviolett vor und entfärbt sie nach 1½ Minuten mit Jodjodkaliumlösung, so wird es auffallen, dafs nach circa 30—45 sekundigem Aufenthalt in Alkohol das vorher schwarzbraune Präparat allmählich heller geworden ist und unter dem Mikroskop sieht man dann scharf mäfsig und gar nicht tingierte Exemplare. Dies Verhalten stimmt nach K's. Erfahrung für alle Diplokokkenarten. Anders der Gonococcus. Färbt man davon das Ausstrichpräparat einer Reinkultur in derselben Weise, so wird man bemerken, dafs nach 15 sekundigem Aufenthalt in Alkohol die Farbe mit einem Schlage wie weggeblasen ist, und unter dem Mikroskop sieht man dann meist alles farblos oder hie und da noch etwas grünblauen Schimmer, welcher sich dann selbst bei längerer Alkoholeinwirkung hält. Und damit ist die Differenzierung gegeben; man kann nun mit einer beliebigen, notabene sehr schwachen anderen Farbe nachfärben, und der entfärbte Gonococcus allein wird sich mit der Kontrastfarbe imbibieren. K. hat zu diesem Zwecke eine Lösung von drei Tropfen konzentrierter alkalischer Fuchsinlösung auf 30 ccm Wasser benutzt und damit circa ¾ Minuten nachgefärbt, dann wird der Gonococcus blafsrosa, die übrigen bleiben von dieser schwachen Farbe unberührt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Kultivation des Gonococcus auf artificiellen Medien, von Turro. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1894. XVI. No. 1.) Die Möglichkeit der Kultivierung des Gonococcus auf künstlichen Nährmedien unter Zusatz von Urin ist nicht abhängig von den Salzen desselben, sondern von dessen Säuregehalt. Die alkalische Reaktion des frischgelassenen Urins bei Blennorrhoe rührt von der Eiterbeimengung her. Nach Absetzen des Eiters reagiert die überstehende Flüssigkeit sauer. Die Gonokokken wachsen gut auf gewöhnlicher, nicht neutralisierter Gelatine. Bei Zusatz eines Tropfens Salzsäure zeigt sich das Wachstum vermindert, aber nicht aufgehoben, während andere Keime bei dieser Säurekonzentration sich nicht entwickeln. Der auf diesem sauren Medium gezüchtete Gonococcus ist für Hunde pathogen. Eine kleine Menge der Kultur unter das Präputium gebracht, ruft ohne Einbringung des Keimes in die Urethra selbst oder Verletzung der Harnröhrenschleimhaut, intensive eiterige Entzündung hervor, die auf Blase und Nieren fortschreiten und allgemeine Pyämie bedingen kann. Die aus dem Hundeeiter gezüchteten Gonokokken sind etwas kleiner als die menschlichen, denselben jedoch sonst ähnlich. Bei Hündinnen verläuft die Infektion weniger ernst. Die auf sauren Medien gezüchteten Gonokokken verloren ihre Virulenz, sobald sie auf alkalische oder neutrale Medien gebracht wurden, während sie auf der ersteren ihre Virulenz mehr als einen Monat bewahrten.

H. Einhorn-München.

Über das Vorkommen der Gonokokken im Sekrete der Urethraldrüsen, von J. F. v. Crippa. (*Wien. med. Presse.* 1894. No. 26.) Verfasser suchte auf Veranlassung von Finger zwei Fragen zu beantworten:

1. Welches ist das relative Mengenverhältnis der Gonokokken im Follikelsekret zu dem der Urethra, und zwar in jenen Fällen, in welchen das letztere überhaupt noch Gonokokken führt?

2. Lassen sich Gonokokken im Follikelsekret nicht noch dann nachweisen, wenn sie aus dem Urethralsekret, Ausfluſs und Fäden, spontan oder infolge der Therapie bereits geschwunden sind?

Zur Gewinnung des Follikelsekretes wurde die Bougie à boule benutzt; dasselbe zeigte stets eine groſse Menge homogenen Schleimes. Die Untersuchung akuter, subakuter und chronischer Fälle ergab, daſs in einem Falle, in welchem sich Gonokokken im Urethralsekret fanden, dieselben im Follikelherd fehlten; letzteres war sogar stets unverhältnismäſsig reicher an solchen. Die blennorrhoische Affektion der Follikel tritt jedenfalls sehr früh auf. Die Gonokokken sind oft noch im Follikelsekret zahlreich vorhanden, wenn sie im Urethralsekret nicht nachgewiesen werden können. Es folgt daraus, daſs vor Beantwortung der Frage nach der Infektionsfähigkeit einer chronischen Urethritis auch das Follikelsekret auf Gonokokken untersucht werden muſs.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Bacillus coli commune als Ursache einer Urethritis, von C. A. van der Pluym und C. H. ter Lang. (*Centralbl. f. Bateriol. u. Parasitenkde.* 1895. No. 7 und 8.) Ein Patient erkrankte an einer fieberhaften, eiterigen, mit Milzschwellung verbundenen Urethritis; es fehlten aber Gonokokken. Dagegen enthielten die Zellen zahlreiche Bacillen, die nur vereinzelt auſserhalb der Zellen lagen. Kulturen und Impfungen bewiesen, daſs es sich um das Bacterium coli commune handelte. Dieses Bacterium ist die Ursache der Erkrankung, da dieselbe den Charakter einer akuten Infektionskrankheit hatte, in den Zellen lag, andere Mikrobien aber fehlten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Blennorrhoische Infektion bei einem Greise von 103 Jahren, von Isaacs. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 8.) Der Fall bietet nur dadurch Interesse, daſs der Kranke in so hohem Alter stand. Derselbe hatte bis zum 50. Lebensjahre

keine geschlechtlichen Beziehungen gehabt. Zu dieser Zeit heiratete er. Vor zwölf Jahren starb seine Frau, und seitdem hatte er vier blennorrhoische Ansteckungen zu bestehen. *Neuhaus-München.*

Betrachtungen über einige strittige Punkte in der Ätiologie, Diagnose und Prognose der Blennorrhoe, von G. E. Brewer. (*Americ. med.-surg. bull.* 1895. 1. Februar.) Ein kurzer Bericht über einzelne, neuere, einschlägige Arbeiten führt B. zu folgenden Schlufssätzen:

1. Der Gonococcus Neisser ist die Ursache der Blennorrhoe.

2. Diplokokken, die im Eiter einer akuten oder subakuten Urethritis in gröfserer Zahl im Protoplasma der Eiterzellen, um die Kerne herum gruppiert, gefunden werden, sind mit Sicherheit Gonokokken, wenn sie nach der Methode von Roux entfärbt werden.

3. Solange Gonokokken im Urethralsekret nachgewiesen werden können, ist die Krankheit nicht geheilt und ist eine Übertragung auf Gesunde möglich.

4. In einzelnen Fällen chronischer Urethritis können über die Natur der gefundenen Diplokokken Zweifel entstehen, besonders wenn ihre Zahl gering ist und zugleich andere Mikroorganismen nachgewiesen werden (Lustgarten und Mannaberg). *H. Einhorn-München.*

Statistisches über die Blennorrhoe der Neugeborenen, von Silex. (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* XXXI. No. 1. *Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 29.) Mit Rücksicht darauf, dafs der Prozentsatz der in der Augenklinik zu Berlin zur Behandlung gelangenden Fälle von Blennorrhoea neonatorum sich nach der Empfehlung von Crédés prophylaktischen Mafsnahmen in keiner Weise vermindert hat, noch immer 1,07% beträgt, glaubt Verfasser, dafs die Hebammen bessere Instruktionen bekommen müfsten. Seine Vorschläge gehen darauf hinaus, dafs die Hebammen die Augen des gebadeten Neugeborenen mit einem Strome kühlen, abgekochten Wassers tüchtig ausspülen, da die Gonokokken durch kühle Temperatur abgetötet werden. Nur wo die Hebamme weifs oder den Verdacht hat, dafs ein Fluor blennorrhoicus besteht, soll sie einen Tropfen der 2%igen Argentum-nitricum-Lösung einträufeln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein weiterer Fall von Blennorrhoea insontium, von C. R. Feld. (*New York med. Journ.* 14. Juli 1894.) Ein verheirateter Mann hatte Blennorrhoe acquiriert; 14 Tage später wurde bei seiner sechsjährigen Tochter ein Ausfluſs aus den Genitalien bemerkt. Zwar wurde auf Gonokokken nicht untersucht, aber aus dem klinischen Verlauf war die Diagnose mit Sicherheit zu stellen. Heilung wurde erst nach längerer Behandlung erzielt. Das Kind hatte dieselbe Badewanne, wie der Vater, benutzt, vielleicht auch dessen Schwamm und Handtuch. Ganz sicher konnte der Modus der Übertragung nicht festgestellt werden. Mit Recht macht Verfasser nochmals auf die Gefahr eines jeden solchen Falles für die ganze Umgebung aufmerksam.
Philippi-Remscheid.

Die Pathologie und Behandlung der Blennorrhoe, von C. M. Blackford. (*Atlanta med. and surg. journ.* No. 6. 1894.) B. spült dreimal täglich die Urethra zuerst mit einer warmen 10%igen Natriumbikarbonatlösung und hierauf mit einer Lösung von Hydrargyrum corrosivum 0,3, Natrium chloratum 5,0, Aqua destillata ad 500 aus. In den meisten Fällen soll bei dieser Behandlung innerhalb 9—10 Tagen Heilung eintreten. Der Katheter mufs mit Glycerin befeuchtet sein, da das Öl eine wasserdichte Schicht auf der Schleimhaut bildet und so die Wirkung des Medikamentes auf dieselbe verhindert. Ohne die vorhergehende Ausspülung mit alkalischer Flüssigkeit ist das

Sublimat unwirksam, da es durch das im Sekret enthaltene Eiweifs niedergeschlagen wird. Den Balsamicis wird nur sehr geringer Wert beigemessen.

H. Einhorn-München.

Zur Diagnose und Therapie der Blennorrhoe des Mannes, von Neuberger. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894 No. 30.). Auf dem mittelfränkischen Ärztetage hat N. die ganze Frage zusammenfassend behandelt. Besonders die Fortschritte in der Tinktionstechnik, das Wertheimsche Kulturverfahren, die geringe Bedeutung der Mischinfektion oder sekundären Infektion, die Erweiterung der Metastasenlehre wurden hervorgehoben. Diagnostisch wird stets der Nachweis des Gonococcus verlangt. Nach wie vor wird oftmalige Untersuchung der Fäden und Sekrete gefordert, ebenso die provokatorische Reizung. Die lokalen Behandlungsmethoden werden kurz behandelt, mehr Individualisieren gefordert. Die Abortivbehandlung wird erwähnt, für subakute und chronische Blennorrhoe Irrigationen mit Argentum nitricum empfohlen. Schliefslich wird gewarnt, die Blennorrhoe nicht zu unterschätzen, da sie in mancher Hinsicht schlimmer sei, als selbst die Syphilis.

Neuhaus-München.

Über den Wert der Urethroskopie für die Diagnose und Therapie der chronischen Blennorrhoe, von H. Wossidlo. (*Dtsch. med. Wochenschr.* No. 45. 1894.) In der letzten Zeit ist der Wert der Urethroskopie der Gegenstand lebhafter Kontroversen gewesen. Verfasser nimmt nun das Wort, um für die Urethroskopie einzutreten und besonders die Lehren Oberländers zu verteidigen.

Der Gonokokkenbefund hat bei der chronischen Blennorrhoe nur da Wert, wo er positiv ausfällt. Man kann deshalb auf ihn die Diagnose nicht stützen. Der Wert der Sondenuntersuchung ist auch nur ein beschränkter. Dagegen läfst die Endoskopie die Veränderungen des Epithels, der Drüsen und des subepithelialen Bindegewebes erkennen. Die Angriffe Caspers gegen Oberländer sind unberechtigt, wie der Verfasser nachzuweisen sich bemüht. Die Interpretation der Oberländerschen Ausführungen durch Casper ist eine falsche. Der Verfasser erörtert dann ausführlich die Bedeutung der Endoskopie für die Diagnose der Urethritis posterior, deren Erkennung durch die bekannten Proben eine durchaus unzuverlässige ist. Der Nachweis der erfolgten Heilung einer chronischen Blennorrhoe erfordert neben einem Fehlen der Gonokokken, einem Fehlen von Eiterkörperchen und negativem Ausfall der Kulturversuche eine Bestätigung durch den normalen endoskopischen Befund.

Schliefslich nimmt der Verfasser auch Stellung zur Frage der äufseren und inneren Lichtquelle und tritt auch da für das Nitze-Oberländersche Verfahren ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Harnretention im Verlaufe von Blennorrhoe, von B. Cimino. (*Rif. med.* 1895. No. 79.) Verfasser behandelt den Gegenstand auf Grund eines zahlreichen Materials in der Klinik von Prof. Guyon und hat unter Übergehung der Strikturen und ähnlicher Zustände ausschliefslich diejenigen Fälle im Auge, wo die Retention ihre Entstehung dem infektiösen Zustande verdankt. Als erste Thatsache fällt auf, dafs die Harnverhaltung nicht bereits in den ersten Tagen der Erkrankung auftritt, sondern erst, wenn die eitrige Sekretion in die schleimige oder serös-schleimige überzugehen beginnt, d. h. in der vierten oder fünften Woche, wohl auch noch später, wenn der Patient sich bereits von seiner Affektion wiederhergestellt fühlt und sich verschiedenen Excessen hingiebt; seltener ist der Katheterismus daran schuld. Die Retention kann plötzlich oder auch ganz allmählich entstehen, oder aber sich während der Miktion zeigen. Das Gefühl des Harndranges kann, selbst bei excessiv dilatierter Blase, vollständig fehlen.

Bei der Pathogenese kommen (nach Guyon) drei Elemente in Betracht: das entzündliche, das kongestive und das spasmodische, welche isoliert oder kombiniert den

Zustand herbeiführen können. Der Nachweis des Gonococcus in verschiedenen Organen (Gelenken, Blut etc.) läfst auch die Annahme einer Blasenlähmung aus infektiöser Ursache zu.

Bezüglich der Therapie ist der Umstand zu berücksichtigen, dafs, wenn es sich nicht um Komplikationen handelt (Prostatitis, Cystitis, Cowperitis), die blennorrhoische Urinretention meist von nur kurzer Dauer ist und entweder spontan oder unter dem Einflusse einer antiphlogistischen Behandlung (Vollbäder, Klystiere, Opium) rasch heilt; ist dies nicht der Fall, so findet der Katheterismus seine Indikation.

C. Müller-Freiburg (Schweis).

Über blennorrhoische Diverculitis beim Manne. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 39.) Audry macht auf die Thatsache aufmerksam, dafs der Gonococcus nicht allein auf Cylinderepithel, sondern auch auf anderen Geweben zu leben im stande ist, so auf der Mundschleimhaut (Rosinsky), auf Muskel- und Bindegewebe (Deutschmann, Dinkler), in Nase und Ohr (Kroenig), auf dem Peritoneum (Wertheim) etc. etc. Auf die Blennorrhoe der Urethra übertragen, hat dieser Umstand grofse prognostische und therapeutische Bedeutung, indem sich nach den Untersuchungen des Verfassers der spezifische Entzündungsprozefs auf die Nachbarschaft des Harnkanals verbreiten kann und dort, weil unbemerkt, ad infinitum persistieren. Es lassen sich hierbei drei Kategorien von Fällen unterscheiden, je nachdem ergriffen sind:

1. Ein oder mehrere Follikel des Präputiums, welche am zahlreichsten vertreten sind in der Nähe des Frenulums
2. Divertikel oder Drüsen am Meatus.
3. Glanduläre Ausbuchtungen in der Urethra selbst.

Für die leicht zugänglichen Herde am Präputium und am Meatus eignet sich therapeutisch am besten die Ignipunktur mit glühend gemachter einfacher Nadel; eventuell, für sehr empfindliche Patienten, Kauterisation mit 10%iger Argentum-nitricum-Lösung. Für die Follikulitiden in der Urethra hat man gute Erfolge verzeichnet durch die Elektrolyse. Auch hat man Argentum-nitricum-Lösungen durch die Haut hindurch in die Herde injiciert. Für gewisse Fälle, wo sich Cysten ausgebildet haben, ist die Excision die beste Methode. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Audry-Toulouse bespricht an der Hand eines Falles **die operative Behandlung der blennorrhoischen Cystitis.** Der 25jährige Mann wurde der Cystotomia suprapubica unterzogen und die Blasenschleimhaut mit Lösungen von Kalium permanganicum, Argentum nitricum, Borsäure behandelt.

Die Eröffnung der Blase hat sofortige Abnahme der subjektiven Beschwerden zur Folge. A. macht keine einzige Naht und überläfst die Vernarbung der operativen Wunde sich selbst. Hauptsache ist Sorge für eine gut spielende Drainage. (*Arch. provinc. de chir.* 1894.) *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Urethrocystitis blennorrhagica gleich von Anfang an kompliciert durch schwere infektiöse Purpura, von Balzer und Lacoub. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 12.) Ein 18jähriger Jüngling hat am 5. Mai verdächtigen Coitus ausgeübt; bereits am 7. und 8. Mai erscheint Purpura an den unteren Gliedern und eiteriger urethraler Ausfluís, am 9. Cystitis mit Hämaturie, Arbeitsunfähigkeit. Vom 12. Mai an beobachtet man schwere typhoide Symptome während einer ganzen Woche und zwar: weit verbreitete, fast fieberlose Purpura, heftige Gastro-Enteritis mit Blutbrechen, galliges Erbrechen, Diarrhoe, starke Koliken, Melaena, leichtes Nasenbluten, Stomatitis. Weiter wird beobachtet: heftige Hämaturie, Schmerzen in Gelenken und Muskeln, einzelne Sehnenscheidenentzündungen. Der Ausfluís hat aufgehört; um die Gonokokken nachzuweisen, mufs man eine leichte Abschabung der Harnröhrenwand

vornehmen. Der Kranke scheint unterliegen zu müssen. Jedoch beginnt vom 20. Mai ab Besserung, die Hämaturie vermindert sich und schwindet schon am 22. Mai. Im Mai und Juni erfolgen nochmals Anfälle von Purpura, auch Nebenhodenentzündung stellt sich ein, erst am 30. Juli sind alle Zeichen der Allgemeininfektion geschwunden, nur eine leichte Urethrocystitis besteht noch, ist aber in der Abnahme, resp. Heilung begriffen.

Die bakteriologische Untersuchung ergab die konstante Anwesenheit des Gonococcus in der Harnröhre; aufserdem wurde durch die Kulturversuche der Staphylococcus albus bis zum 20. Juni nachgewiesen.

Die Michdiät bildete die Grundlage der Allgemeinbehandlung; Salol, Eisenchlorür wurden hinzugefügt. Guajakolsalbe (5 : 30) leistete gegen die Leibschmerzen wesentliche Dienste. Die Urethrocystitis wurde hauptsächlich mit Borsäurespülungen behandelt. *Neuhaus-München.*

Bepinselungen mit Guajakol bei der blennorrhoischen Hodenentzündung, von Balzer und Lacour. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 11.) B. und L. erinnern daran, dafs das Guajakol neuerdings bei mannigfachen Leiden angewendet worden sei, und dafs besonders die Temperaturherabsetzung nach Einpinselung der Haut mit Guajakol Erwähnung verdienen. Vortreffliche Resultate erzielt man ferner damit in der Behandlung der Hodenentzündung bei Tripper. Für die Haut der Leistengegend kann man zum Einpinseln das pure Guajakol verwenden, für die Haut des Hodensackes eine Salbe von 2—3 g Guajakol auf 30 g Vaselin. Es entsteht zunächst ein etwa 10 Minuten anhaltendes lebhaftes Brennen, dem Kranken wird warm und fast sofort verschwinden die Hodenschmerzen, mindestens für 3—4 Stunden, manchmal erscheinen sie überhaupt nicht mehr. Gewöhnlich mufs man am ersten Tage zweimal einpinseln, am dritten Tage ist der Schmerz verschwunden. Man läfst dann diese Einpinselungen weg, da sie eine resorbierende Wirkung nicht zu haben scheinen.

Das Guajakol wirkt deutlicher und energischer gegen die Hodenschmerzen als die sonst üblichen Methoden und unterdrückt sogar einige allgemeine, lästige Symptome, wie die Schlaflosigkeit. Es verursacht ein leichtes Erythem am Scrotum, die Epidermis trocknet stark ab, bekommt Risse und schält sich ab.

Chauffard glaubt, dafs das Guajakol reflektorisch wirkt. Einpinselungen mit demselben lassen das Fieber bei Tuberkulösen abfallen; läfst man aber Guajakol inhalieren, sind diese temperaturherabsetzenden Wirkungen weniger deutlich. Was die Schmerzen bei Epididymitis beträfe, so erziele man durch hohe Dosen von Natrium salicylicum (6—8 g auf einmal) ebenfalls rasches Schwinden derselben.

Ferraud hat mit Guajakolbepinselungen auch bei Neuralgia ischiadica, Neuralgia intercostalis, bei Tuberkulose vortreffliche Resultate erzielt. Die Resorption des Guajakols sei deutlich, da man es im Urin wiederfinde, aber es sei schwer festzustellen, wieviel durch die Haut und wieviel durch die Atmungsorgane aufgenommen wurde.

Neuhaus-München.

Über ein eigentümliches Symptom bei Epididymitis blennorrhoica, von Augagneur. (Société des sciences de Lyon. *Lyon méd.* 9. Dezember 1894.) Es handelt sich um die bisher übersehenen oder nicht richtig gedeuteten Verwachsungen des Scrotums mit den tieferen Teilen, insbesondere mit der Cauda des Nebenhodens. Diese Verwachsungen erschienen am 3.—4. Tage des Bestehens einer Nebenhodenentzündung und dauerten 7—10 Tage, dann verschwinden sie. In ihrem Bereich bildet sich dann ein entzündlicher Erguls in denjenigen Zügen des Bindegewebes, welches die Windungen des ursprünglichen Samenleiters miteinander verkittet. Der Erguls enthält keinen Eiter, sondern nur blutiges Serum, auch fehlen Gonokokken.

Das Symptom ist im Anfange der meisten Nebenhodenentzündungen zu treffen und ist wichtig wegen der Möglichkeit einer Verwechselung mit Hodentuberkulose.
Neuhaus-München.

Zur Pathogenese und Behandlung der Epididymitis blennorrhoica, von E. Bollet. (*Sem. méd.* 1894. S. 229.) Der Verfasser teilt die allgemeingültige Ansicht, dafs die Epididymitis durch Fortschreiten der Entzündung von der Urethra auf den Lymphbahnen zu stande kommt. Sie zeigt sich erst, wenn der blennorrhoische Prozefs auf die Urethra posterior übergegriffen hat. Ist dies gleich im Beginne der Ansteckung der Fall, wie nicht selten, so kann auch die Nebenhodenanschwellung sehr frühzeitig auftreten.

Die Befunde von Eraud und Hugounenq, die als pathogenen Keim der Epididymitis einen Diplococcus, den „Orchiococcus" bezeichnen, werden eingehend mitgeteilt, alsdann die Therapie besprochen. Prophylaktisch erweist sich am besten die Ausspülung der Blase (ohne Sonde, nach Janet); empfohlen wird hierzu das Gallobromol in 40%iger Lösung. Bei bestehender Epididymitis fahre man mit den Ausspülungen fort, reiche innerlich Natrium salicylicum (6,0 pro die), äufserlich Eis oder Guajakol. *Türkheim-Hamburg.*

Blennorrhoische Arthritis, von Manley-New York. (*Americ. Journ. of the med. scien.* Juli 1894.) Wie viele Autoren glauben, wird von der blennorrhoischen Arthritis nur das männliche Geschlecht heimgesucht. Verfasser hat jedoch einen nahezu gleichen Prozentsatz beim weiblichen Geschlecht angetroffen, und vielfach waren die Gelenke der oberen Extremitäten befallen.

Verfasser unterscheidet a) eine subakute oder abortive und b) eine akute, ernste blennorrhoische Arthritis. Die erstere erweist sich anatomisch als eine Entzündung, welche die Synovialscheiden, die Gelenkkapsel, Sehnenscheiden ergreift, im allgemeinen ohne schwerere Begleiterscheinungen verläuft und keine dauernde Funktionsstörung hinterläfst. Bei der zweiten Form treten mehr oder weniger starke pathologische Veränderungen auf von der einfachen serösen Exsudation bis zur vollständigen Vereiterung des Kniegelenkes, die eine Amputation des Beines erforderlich machen kann. Verfasser hat von der letzteren Art drei Fälle beobachtet, die als tuberkulöse Arthritis angesehen wurde. Die Diagnose ist in solch schweren Fällen nicht immer leicht, namentlich wenn schmerzhafte Gelenkschwellung besteht.

Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose zwischen Rheumarthritis, Gelenktuberkulose und blennorrhoischer Arthritis.

Die Behandlung soll sowohl eine konstitutionelle wie lokale sein. Innerlich kann zuerst ein Purgans, dann als Antiphlogisticum Chinin gereicht werden. Hinzu kommen Sedativa. Als besonders wirksam werden Quecksilberpräparate, namentlich das Hydrargyrum bijodatum angesehen.

Lokal kommen bei kräftigen Individuen Blutentziehung, namentlich in frühen akuten Stadien in Betracht. Vollständige Bettruhe ist notwendig, ohne dafs jetzt schon eine Fixation des Gelenkes erforderlich wäre. Erst wenn das schwere akute Stadium vorüber, ist ein bequem sitzender Verband sehr zweckmäfsig. Je nach den Umständen können warme oder kalte Kataplasmen, blasenziehende Pflaster von Nutzen sein.

In schweren Fällen können auch chirurgische Eingriffe notwendig werden. Orthopädische Apparate und immobilisierende Verbände hält Verfasser nur ganz ausnahmsweise für nötig und zweckmäfsig. *C. Berliner-Aachen.*

Giebt es einen Rheumatismus blennorrhoicus?, von J. A. Gläser. (*Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanstalten.* Bd. III.) Verfasser kommt zu dem Schlufs, dafs

der Rheumatismus blennorrhoicus keine Existenzberechtigung hat; als Ausgangspunkt seiner Deduktionen bemerkt er die verschiedenen Ansichten, welche über den blennorrhoischen Rheumatismus unter den Autoritäten herrschen, was Auftreten, Form, Verlauf, Komplikationen etc. betrifft, und die in der That in der von Gläser gemachten Zusammenstellung ein recht buntes Bild der fraglichen Erkrankung geben, indem eigentlich alles dabei vorkommen, bezw. fehlen kann. Gläser führt dann aus, dafs auch seine Fälle von gemeiner Polyarthritis rheumatica in ähnlicher Weise untereinander differieren. *F. Hahn-Bremen.*

Respighi referierte in der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft von Pisa über einen Fall von **Polyarthritis blennorrhagica mit Gonokokkenbefund** in der Gelenkflüssigkeit. (*Rif. med.* 1895. No. 8.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Tripperrheumatismus, von Wilmans. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 38.) Im Gegensatz zu den Widersachern des Rheumatismus blennorrhoicus veröffentlicht Wilmans einen Fall, worin das Kausalitätsverhältnis so hervortritt, dafs nach seiner Ansicht auch die gröfste Skepsis es wohl anerkennen werde. Ein Mann, Mitte der Dreifsiger, erwirbt einen Tripper. Vierzehn Tage nach dessen ersten Zeichen treten starke Schmerzen im rechten Ischiadicus auf, welche sich bald steigerten. In der Nacht tritt Schüttelfrost hinzu, am nächsten Morgen ist das rechte Knie von einem mächtigen Ergusse erfüllt. Erst 2½ Monate später konnte der Patient mühsam wieder seinen Dienst aufnehmen. Ein Jahr nach vollkommener Genesung bekommt der Betreffende einen neuen Tripper; wieder trat nach 14 Tagen Schmerz und Schwellung in einem Gelenke, dem linken Kniegelenk dazu. Genesung. Ein und ein halbes Jahr später erfolgt die dritte Tripperinfektion; drei Wochen später treten Schmerzen und Anschwellung im Fufsgelenke der rechten grofsen Zehe auf; fast drei Monate vergingen, bis vollständige Rückbildung erfolgte. Nach zwei Jahren völliger Gesundheit wird Patient zum vierten Male blennorrhoisch angesteckt; 14 Tage später lassen sich Schmerz und Schwellung im rechten Knie, einige Tage später das Gleiche im linken Knie, im Handgelenk des rechten vierten Fingers und dem Fufsgelenk der vierten Zehe konstatieren. Später traten auch noch unerträgliche Schmerzen in den Hüftgelenken und Rheumatismus im Nacken auf, sowie durch sieben Wochen andauernde abendliche Temperatursteigerungen. Die gänzliche Heilung nahm ¾ Jahr in Anspruch. Seit mehreren Jahren ist der betreffende Herr, wie in den Zwischenpausen, vollkommen gesund geblieben. Mit Recht meint Wilmans, dafs eine neue Tripperinfektion neuerdings wieder Rheumatismus nach sich ziehen würde, und dafs der Fall Beweiskraft besitze. In therapeutischer und prophylaktischer Hinsicht empfiehlt er, jeden Tripperkranken bei dem geringsten Nerven- oder Gelenkschmerzen ins Bett und Bad zu stecken, denjenigen aber, welcher einen blennorrhoischen Rheumatismus durchzumachen hatte, „mit den bewegtesten Worten" vor der Gelegenheit zur Infektion zu warnen. *Neuhaus-München.*

Über die Ätiologie und Pathogenese des sog. Rheumatismus blennorrhoicus, von A. N. van Praag. (Diss. Amsterdam.) Nach einer sehr ausführlichen Wiedergabe der über diesen Gegenstand veröffentlichten Litteratur kommt der Verfasser auf seine elf eigenen Fälle zu sprechen, welche von ihm zum gröfsten Teile bakteriologisch und mikroskopisch untersucht wurden. Bei diesen beobachtete er zwei Fälle von Conjunctivitis rheumatica (Fournier), wobei er aus dem Eiter Gonokokken kultivierte. Die klinischen Unterschiede dieser Affektion mit der „Conjunctivitis e contagione", wie sie von Fournier angegeben wurden, werden von ihm beschrieben, aus welchen klar hervorgeht, dafs die Conjunctivitis rheumatica als eine

Metastase von Gonokokken u. s. w. betrachtet werden mufs aus der Urethra, Vagina u. s. w., indem die Conjunctivitis e contagione beruhen würde auf einer direkten, von aufsen gekommenen Infektion der Conjunctiva durch Gonokokken. Ferner beschreibt er zwei Fälle von Ischias, welche er mit der blennorrhoischen Infektion in Zusammenhang bringt und sie deshalb Ischias blennorrhoica nennt. Aufserdem beschreibt er sieben Fälle von rheumatoiden blennorrhoischen Affektionen; sechs entleerten bei der Punktion Flüssigkeit, und in vier von diesen konnte er mit Sicherheit, sowohl mikroskopisch als kulturell, Gonokokken nachweisen.

Bei den bakteriologischen Untersuchungen, wobei hauptsächlich als Nährboden die von Turro (saure Fleisch-Infus-Pepton-Gelatine) und von Finger (neutrale oder schwach alkaholische Fleisch-Infus-Pepton-Urin-Agar) benutzt wurde, giebt er sehr weitschweifig die biologischen Eigenschaften der kultivierten Diplokokken an.

Verfasser hält den von ihm in mehr als 50% der daraufhin untersuchten Fälle von Rheumatismus blennorrhoicus in der Gelenkflüssigkeit gefundenen Diplococcus für den Neisserschen Gonococcus, weil er allen an denselben gestellten Anforderungen genügt und für die einzige auffindbare Ursache den Rheumatismus blennorrhoicus darbietet.

Noch ist der Beweis hierfür nicht sicher erbracht, dafs der aus der Gelenkflüssigkeit kultivierte Diplococcus im stande ist, bei Tieren, oder besser noch beim Menschen, nicht nur blennorrhoische Infektion, sondern auch bei Einführung in die Gelenke blennorrhoische Gelenkaffektionen hervorzurufen, wobei aus der Flüssigkeit der letzteren dann wieder der Neissersche Gonococcus kultiviert werden mufs.

J. Spruijt Landskroon-Amsterdam.

In Sachen des Rheumatismus blennorrhoicus, von J. A. Gläser. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 12.) Der Verfasser, der bekanntlich die Existenz des Rheumatismus blennorrhoicus bekämpft, einen festen Kausalnexus zwischen den allerdings oft zusammentreffenden Leiden, Rheumatismus und Blennorrhoe, leugnet, wendet sich in diesem Artikel gegen Wilmans, der ihm einen beweisenden Fall für den Rheumatismus blennorrhoicus entgegengehalten hat. Er bestreitet die Beweiskraft dieses Falles, ihn genau analysierend, leugnet, dafs die viermalige Blennorrhoe direkt mit dem jedesmal ihr folgenden Rheumatismus in einem festen Zusammenhange steht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Blennorrhoe, mit Endocarditis und kutanen Manifestationen kompliciert, von Ed. Welander. (*Nordisk. med. arkiv.* 1894. No. 13.) Verfasser bringt die sehr genaue und instruktive Krankengeschichte eines Patienten, der sich zweimal Blennorrhoe zuzog und beide Male nach Verlauf von 1—2 Wochen heftig an Fiebersymptomen, Kopf- und rheumatoiden Schmerzen, hämorrhagischem und erythematösen Ausschlag erkrankte. Beim ersten Male schwanden diese Symptome bald, beim zweiten Male boten sie mit Endocarditis und Nierenaffektion das Bild einer ausgesprochenen Septico-Pyämie. Der Nachweis, dafs diese Komplikationen allein durch die Gonokokken hervorgerufen sei, war nicht zu erbringen, wennschon Verfasser dies für wahrscheinlich hält.

F. Hahn-Bremen.

Der Augentripper, von O. Walter. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 10 u. 12.) Die spezifische Blennorrhoe erfordert diagnostisch den Nachweis der Gonokokken. Die Infektion erfolgt, wie die Experimente über die geringe Widerstandskraft der Gonokokken aufserhalb des Organismus lehren, wahrscheinlich stets nur durch Kontakt. Betreffs der Inkubationsdauer ist ein Anhalt nur experimentell aus den Untersuchungen über die Infektion mit Gonokokken zu gewinnen, die Verfasser citiert. Die Prognose hängt sehr ab von der Zeit, zu der der Patient in Behandlung kommt, sie ist ungünstiger bei Erwachsenen. Die Therapie wird eingehend erörtert, der Wert der

2%igen Argentum-nitricum-Lösung als Prophylacticum und im Beginne des Leidens hoch angeschlagen, der Argentum-nitricum-Stift im Stadium der Eiterung sehr empfohlen. Bei Auftreten von Hornhautgeschwüren ist Eserin stets dem Atropin vorzuziehen, mit den Ätzungen fortzufahren, ein Priessnitzscher Umschlag aufzulegen. Auf die die Argyrose ist bei Anwendung von Argentum nitricum zu achten. Atropin ist nur bei starker iritischer Reizung indiciert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dacryo-Adenitis blennorrhoica, von Panas. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.* 1894. S. 169.) In dem von Panas mitgeteilten Falle entwickelten sich sechs Wochen nach Beginn eines Trippers gleichzeitig Entzündung des Fuß- und Kniegelenkes, Conjunctivitis, Iritis und Dacryo-Adenitis, alles auf blennorrhoischer Grundlage. Während die anderen Komplikationen mehr oder weniger häufig vorkommen, ist die Dacryo-Adenitis noch ungeheuer selten, im ganzen erst 1—2 Mal beobachtet; bei anderen akuten Infektionskrankheiten scheint sie dagegen etwas weniger selten aufzutreten.

Türkheim-Hamburg.

Berger teilt (*Arch. d'ophthalm.* Juni 1894) zwei Fälle von **subkonjunktivalen und palpebralen Abscessen im Verlaufe von konjunktivaler Blennorrhoe** mit. Der eine der beiden Patienten, ein 29jähriger Mann, hatte sich durch Benutzung eines kontaminierten Feldstechers inficiert.

Instillationen von adstringierenden (Lapis divinus, Argentum nitricum) und antiseptischen (Sublimat, Phenosalyl) Lösungen; vollständige Heilung.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Panas berichtet über einen Fall von **Neuritis optica infolge von Blennorrhoea urethrae** (*Presse méd.* Februar 1895; *Rif. med.* 1895. No. 59): Rechtes Auge amblyopisch; Einschränkung des Gesichtsfeldes; Skotom am unteren, inneren Quadranten. Linkes Auge funktionell normal, licht, aber bei der ophthalmoskopischen Untersuchung eine Trübung der Pupille mit Tingierung der Venen. Sitz der Läsion offenbar im verlängerten Mark. Jodkaliumtherapie. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Verschiedenes.

Behandlung der Stomatitis ulcerosa, von Orachowiez. (*Therap. Monatsh.* Dezember 1894.) Der Verfasser hat Stücke von Jodoform-, Salicyl- oder Borsäuregaze bei Stomatitis ulcerosa zwischen Wange und Zahnfleisch vom letzten Molar bis zu den Schneidezähnen eingelegt. Morgens wird der Mund gespült, gegessen, wieder gespült und dann die Gaze appliciert, die bis Mittag liegen bleibt, um nach demselben erneuert zu werden. Dasselbe wiederholt sich abends. Diese Behandlung verhütet ein Fortschreiten des Prozesses und ein Verwachsen von Haut und Schleimhaut. Am meisten wendet man Jodoformgaze an, ohne bei den Patienten auf Widerstand zu stoßen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die erythematöse Zungenrandentzündung der Säuglinge, von Wertheimber. (*München. med. Wochenschr.* 1894. No. 47.) Verfasser bezeichnet als „Glossitis erythematosa marginalis" eine anscheinend bis jetzt noch nicht berücksichtigte Affektion. Die Erkrankung beginnt an der Zungenspitze, die sich lebhaft rötet, und deren Papillen stark hervortreten; einzelne mattglänzende Stellen erscheinen vom Epithel entblößt. Bald setzt sich die entzündliche Reizung auf die Randteile

fort, welche, deutlich angeschwollen, das Niveau ihrer Umgebung überragen und durch ihre Röte sich scharf von derselben abgrenzen. Der Prozefs beschränkt sich stets auf die Spitze und die zunächst gelegenen Randpartien, bis etwa zum vorderen Drittel der Zunge. Zur Bläschenbildung kommt es nicht, ebensowenig zu exsudativer oder mykotischer Auflagerung. Die Rückbildung erfolgt von der Zungenspitze aus.

Das Leiden dauert bei entsprechender Behandlung nur selten über acht bis zehn Tage. Die von W. beobachteten Fälle betrafen Kinder von sieben Wochen bis zu vier Monaten, es waren insgesamt künstlich genährte, etwas schwächliche, im übrigen aber gesunde Kinder.

Das Übel erregt beim Saugen Schmerz, erschwert daher die Ernährung wesentlich.

Was die Ursache des Leidens betrifft, so beruht dasselbe unzweifelhaft auf mechanischer Reizung durch den Akt des Saugens. Hierzu kommt noch, dafs in manchen Fällen das zarte Zungenepithel stellenweise abgelöst wird und die erodierten Partien der Einwirkung gährender Milchreste ausgesetzt werden.

Die Behandlung hat zunächst die veranlassende Schädlichkeit zu berücksichtigen. Wichtig ist, dafs nur geschmeidige Sauger benutzt und stets intakt gehalten werden, die Öffnung derselben sei nicht zu klein. Natürlich ist hierbei strengste Reinlichkeit geboten. Aufserdem sind mehrmals täglich Bepinselungen mit 4—5%iger Boraxlösung vorzunehmen. *Neuhaus-München.*

Die Wernarzer Quelle in Bad Brückenau wird von Hermann Neumann (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 3) unter anderem auch für **Konkrementbildungen in den Nieren und Blasenleiden,** akuten und chronischen, gerühmt. Besonders soll auch die blennorrhoische Cystitis, wie die Blennorrhoe selbst günstig durch dieses Wasser beeinflufst werden. Die Erkrankungen der Harnorgane waren in Brückenau 1877—91 mit 7,3% vertreten, in der Saison 1893 aber mit 20,1% bei einer Gesamtfrequenz von 1660 Kurgästen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

A propos du prurigo simplex aigu.

Très-honoré et cher directeur,

Ayant été pris vivement à partie à ce sujet par le professeur Tommasoli, je viens vous demander l'hospitalité dans votre excellent journal pour lui communiquer ma réponse: elle sera bien simple. Je reconnais, en ce qui me concerne, le bien fondé de la réclamation formulée par l'éminent professeur de Palerme: si la création du type clinique revient, de l'assentiment de tous au regretté Vidal, Tommasoli a le mérite d'avoir le premier écrit que ce type doit être rattaché, non comme le voulait Vidal, aux lichens, mais bien aux prurigos; c'est donc à tort que je ne le lui ai pas expressément reconnu dans ma communication à la société française de dermatologie. Si je ne l'ai pas fait, ce n'est nullement, comme il semble le croire, par un chauvinisme mal placé, mais tout simplement par ce que son remarquable travail ne m'était pas connu: que celui qui n'a jamais fait une omission bibliographique me jette la première pierre.

Votre affectueusement dévoué

9 Septembre 1895. H. Hallopeau.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXI. No. 9. 1. November 1895.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Zur Geschichte und Anatomie des Favusscutulums.

Von

Dr. James C. Kellogg-New Orleans, U. S. A.

(Mit Tafel II.)

In der Geschichte des Favusscutulums kann man drei Perioden unterscheiden. Die erste reicht von Willan-Bateman (Anfang des 19. Jahrhunderts) bis Devergie (1863) und Köbner (1864) und umfaßt die Zeit, in welcher der Begriff des „Schildchens“ hier und da bei der Beschreibung der Krankheiten des behaarten Kopfes auftauchte, aber weder an und für sich genau definiert, noch in eine feste Beziehung zum Favus gebracht wurde.

Die zweite Periode reicht von Devergie (1863) und Köbner (1864) bis Unna (1891). In dieser herrschte der Begriff des Scutulums, wie er durch jene Autoren genauer klinisch definiert war, aber es fehlte noch die anatomische und biologische Definition, welche erst Unna, gestützt auf experimentelle und histologische Studien über Favus, gegeben hat.

Seit 1891 stehen wir in der dritten Periode, in welcher man sich mit angelegentlicher Durchforschung der Favusscutula, teils von verschiedenen Favuspezies, teils auf verschiedenen Tierspezies, teils in verschiedenen Entwickelungsstadien beschäftigt.

Willan,[1] als der erste, gebrauchte das Wort scutulatus als Bezeichnung einer Erkrankung der Kopfhaut, nämlich der von ihm sog. Porrigo scutulata. Diese war aber, wie die Beschreibung und das englische Synonym Ringworm of the scalp deutlich erkennen läßt, nicht mit dem Favus, sondern der jetzigen Trichophytia capitis identisch, während wir bei ihm den Favus unter der Bezeichnung „Porrigo lupinosa“ finden, und während seine „Porrigo favosa“ wiederum etwa unserem heutigen Ekzem oder der Impetigo vulgaris capitis entspricht.

[1] Willan-Bateman, *Praktische Darstellung der Hautkrankheiten.* Übersetzt von Calmann u. Blasius. 1835.

Samuel Plumbe[2] läfst die von Willan und Bateman aufgestellten Unterscheidungen, welche, wenn auch unter anderen Namen, doch immerhin ziemlich genau den heutigen Begriffen: Favus, Trichophytie und Ekzem des Kopfes entsprechen, wieder fallen, indem er die sechs Unterabteilungen der „Porrigo“ nur für verschiedene Stadien und Formen einer einzigen Porrigokrankheit erklärt. Immerhin hat auch bei ihm das Wort scutulatus nicht den heutigen Begriff einer mit aufgelagertem Schildchen einhergehenden Krankheit, sondern nur den einer in Kreisen auftretenden (wie bei Trichophytie).

Mahon der Jüngere[3] ist der erste Franzose, welcher die Bezeichnungen der alten englischen Autoren übernimmt und durch selbständige Untersuchungen fördert. Er identificierte eine Abart seiner „teigne faveuse“, nämlich die teigne faveuse annulaire mit dem Ringworm der Engländer und demzufolge mit der Porrigo scutulata von Willan-Bateman, worin ihm alle späteren Franzosen gefolgt sind.

Alibert[4] hat das Adjektiv scutulatus so wenig, wie das Wort scutum. Aber bei der Trichophytie erwähnt er anerkennend die Definition von Willan und nimmt aus ihr das Beiwort: scutiforme in das Französische herüber:

„Willan désigne très-bien cette maladie sous le nom de Porrigo scutulata. En France on l'appelle souvent la teigne nummulaire.“

Man sieht hier so recht deutlich, dafs ursprünglich in der Dermatologie der Begriff des „Schildförmigen“ nichts mit den Produkten unseres Favus zu thun hatte, sondern nur wie das Wort „münzenförmig“ zur Bezeichnung von kreisförmigen Krankheitsherden diente. Ein anderes, in Frankreich zu Aliberts Zeiten für solche Herde gebräuchlicher Ausdruck war auch: „teigne aux petits écus“. Übrigens ist es interessant, zu sehen, dafs damals schon die Trichophytie des Kopfes in England weit gewöhnlicher war, als in Frankreich. Alibert sagt:

„Le favus scutiforme se présente rarement à l'hôpital Saint-Louis“,

während damals schon sein Favus vulgaire, den wir auch jetzt Favus nennen, in Paris eine häufigere Krankheit war. Es scheint hiernach, als wenn wir Alibert die Einführung des Begriffes Favus für unseren heutigen Favus verdanken.

Bei Rayer[5], der, was das Sachliche betrifft, die erste klassische Beschreibung des favösen Scutulums in dem Kapitel: Favus sparsus giebt, finden wir das Wort Scutulum ebenfalls noch nicht, und das

[2] Samuel Plumbe, *Praktische Abhandlung über die Hautkrankheiten*, aus dem Englischen übersetzt. 1825.

[3] Mahon jeune, *Recherches sur le siége et la nature des teignes*. 1829.

[4] Alibert, *Monographie des dermatoses ou précis théorique et pratique des maladies de la peau*. 1835.

[5] Rayer, *Darstellung der Hautkrankheiten*, herausgegeben von Dr. Hermann Stannius. 1837.

Beiwort scutulatus verwendet er auch nur im Sinne der englischen Autoren in der Bezeichnung Porrigo scutulata, übersetzt diese letztere aber nicht einmal (wie ALIBERT) mit scutiforme, sondern mit figuratus (Favus figuratus Rayer = Ringworm der Engländer). Offenbar ist es die Folge der relativen Seltenheit der Trichophytia capitis in Paris im Gegensatz zu London, dafs auch bei RAYER sein Favus figuratus nur eine untergeordnete Stellung dem Favus sparsus gegenüber einnimmt. RAYER betont noch präziser als ALIBERT die Unterschiede beider Krankheiten, aber will sie doch nicht ganz voneinander getrennt wissen; hierin folgt er dem Engländer PLUMBE. Bei CAZENAVE und SCHEDEL[6] hat sich auch das Beiwort favosus bereits für unseren heutigen Favus eingebürgert. Diese Autoren nennen nämlich Porrigo favosa, welche Bezeichnung bei BATEMAN nur für unser heutiges Ekzem (Impetigo) gebraucht wird, den jetzigen Favus. ALIBERT und RAYER hatten den Begriff des Favus selbst, wie er heute besteht, im Gegensatz zu ihren englischen Vorgängern eingeführt, das Beiwort favosa aber noch stets im Sinne unseres heutigen impetiginös gebraucht. CAZENAVE und SCHEDEL sind die ersten, welche die Bezeichnung favös von den impetiginösen Hautkrankheiten ablösen. Von da an verknüpft sich mit den Ausdrücken favös und Favus bereits der jetzt gebräuchliche Sinn.

Die Porrigo scutulata wird in der nun schon in Frankreich üblichen Weise auf die jetzige Trichophytia capitis beschränkt, ohne im übrigen das skutuläre daran näher zu erörtern.

Noch einen Schritt weiter in der Trennung der Trichophytie vom Favus ging BAZIN, welcher in seinen *Leçons sur les teignes* (1853) neben einer Teigne faveuse mit den Unterarten: lupineuse, scutiforme, en cercles und en anneaux (d. i. unserem Favus + Trichophytie) eine Teigne tonsurante ou tondante de MAHON jeune unterschied (d. i. nur unsere heutige Trichophytie).

Wie man sieht, figuriert bei BAZIN allerdings auch noch die Trichophytia capitis unter dem Oberbegriffe der Teigne faveuse. Aber daneben hat dieselbe sich doch schon einen selbständigen Platz unter dem Begriffe der „scherenden" Flechte erobert. Jetzt erübrigte nur noch der Schritt, die Abart des Favus scutiformis fallen zu lassen, indem man dieselbe mit der Teigne tondante verschmolz, um den Ausdruck Favus allein dem heutigen Favus zu belassen.

Hiermit verlassen wir die französischen Autoren, soweit sie bis zur Mitte des Jahrhunderts die Nomenklatur fortgebildet haben, und wenden uns nach Deutschland. Hier war durch REMAK und SCHÖNLEIN die Besonderheit und Pilznatur der vermeintlichen Favuspustel, deren eigen-

[6] CAZENAVE et SCHEDEL, *Abrégé pratique des maladies de la peau.* 1838.

artige Natur auch schon den früheren Forschern aufgefallen war, entdeckt worden. Nach diesen Autoren hatten besonders GRUBY, MALMSTEN, GUDDEN, ROBIN, BAZIN und LEBERT vorzügliche Beschreibungen der Scutula geliefert, ohne diesen Namen dabei in die Wissenschaft einzuführen. Ich will, um den Rahmen unseres Themas nicht über die Gebühr zu erweitern, mich im folgenden nur auf diejenigen Autoren beschränken, welche an der Entwickelung der Nomenklatur bis zu ihrem jetzigen Stande einen Hauptanteil hatten.

G. SIMON[1] sagt von LEBERT:

„LEBERT hat die Zusammensetzung der Krusten bei Porrigo scutulata verschieden von der bei Porrigo lupinosa gefunden. Er giebt nämlich an, dafs bei jener zwar Pilze ziemlich von demselben Ansehen, als bei Porrigo lupinosa, vorkämen, dafs dieselben jedoch kleiner wären. Aufserdem soll in den Krusten eine grofse Menge von Epidermiszellen vorhanden sein. Ich habe auch einige Male Krusten von Favus confertus untersucht und konnte von einem solchen Unterschiede nichts wahrnehmen. Es scheint indes, dafs LEBERT den Ausdruck Porrigo scutulata nicht in dem gewöhnlichen Sinne, sondern gleichbedeutend mit Herpes tonsurans, einem Übel, von welchem bei den Veränderungen der Haare die Rede sein soll, genommen hat."

Gewifs hat LEBERT unter dem Begriffe Porrigo scutulata unsere Trichophytia capitis verstanden und mufste es auch, wenn er den französischen Vorgängern folgte. G. SIMON war offenbar die frühere Geschichte des Begriffs Porrigo scutulata nicht gegenwärtig, als er LEBERT diesen Einwurf machte. LEBERT hat sogar mit ausgesprochener Schärfe bereits die gröfste Differenz der Favus- und Trichophytiepilze gut charakterisiert. Ich habe diesen historischen Satz nur ausgewählt, um damit zu zeigen, dafs 1848 sich neben der Porrigo scutulata die anderen Bezeichnungen der Trichophytia, als: Teigne tondante Mahon, Porrigine tonsurante Alibert, Herpes tonsurans Cazenave, Teigne tonsurante Bazin, bereits so eingebürgert hatten, dafs wenigstens in Deutschland der Name Porrigo scutulata ganz in Vergessenheit geraten war.

Damit wurde auch der Begriff des Schildförmigen, Skutulären, der bis dahin, wie man sieht, in der Geschichte der Dermatologie nur eine vorübergehende Rolle bei der Trichophytie gespielt hatte, wieder frei, und man versteht, dafs er in der Folgezeit sich ohne Schwierigkeiten beim Favus neu einbürgern konnte. Aber weder LEBERT, noch GRUBY, noch G. SIMON, noch GUDDEN gebrauchen in ihren geradezu klassischen Beschreibungen des Favusscutulums andere Ausdrücke, als: Pilzkörper, Favusindividuum, Favusmasse, Teller, Schüsselchen oder Näpfchen. Nur HEBRA in dem Texte zu seinem grofsen Atlas (Seite 13) in der zweiten Lieferung unter Herpes tonsurans spricht einmal vom „Schildchen":

„In anderen Fällen sind die Haare ganz oder teilweise an cirkumscribierten Stellen ausgefallen und diese dann entweder mit feinen weifsen, mehlhaltigen

[1] G. SIMON, *Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert.* 1848. pag. 305.

Schüppchen oder mit gelbbraunen, trockenen, dünnen Krüstchen, die eine entfernte Ähnlichkeit mit einem Schildchen (Scutulum) haben, bedeckt."

Wie man sieht, waltet hier noch eine Reminiscenz aus den englischen und französischen älteren Autoren vor, die aber zu der Nomenklatur des heutigen Favus durchaus keine Beziehung hatte. Ebenso hatte auch FUCHS[8] (1840) mit dem Ausdrucke Favus scutiformis, wie ALIBERT, nicht den Favus von heute bezeichnet, sondern die Trichophytia capitis; unseren Favus nennt er Favus vulgaris, suberinus und achatinus und widmet demselben — besonders unter dem Namen Favus suberinus — eine recht gute klinische Schilderung, in welcher er den Favuskörper mit einer Korkmasse vergleicht.

Indem ich zum Schlusse der ersten Periode noch einen Blick auf das Hauptwerk der damaligen englischen Dermatologie werfe, das Lehrbuch von ERASMUS WILSON[9] (1850), bemerke ich mit Erstaunen, dafs die ganze doch von England ausgegangene und über Frankreich erst nach Deutschland importierte Lehre von der Porrigo scutulata und ihre Beziehung zum Favus in England selbst am wenigsten Wurzel geschlagen hat. WILSON entnimmt den französischen Autoren seiner Zeit den Begriff des Favus als einer selbständigen Krankheit, welche mit den impetiginösen Krankheiten der früheren englischen Autoren keinen Zusammenhang mehr hat. Dieses radikale Aufräumen unter alten und unklaren Begriffen, wodurch mit der alten Porrigo auch die Bezeichnung scutulata in Wegfall kam, würde einen befriedigenden Eindruck machen können, wenn nicht in den so vereinfachten Favus von WILSON doch auch (unter seiner Unterabteilung Favus confertus) die Trichophytie sich einschliche, deren Beschreibung dadurch ein höchst unklares Gemisch von Favus- und Trichophytiesymptomen darstellt. Es ist dieses um so unbegreiflicher, als E. WILSON ein viel gröfseres Material an Trichophytie zum eigenen Studium in London zur Verfügung hatte, als seine Pariser Vorgänger, und man sieht an der Fassung dieses einen Kapitels recht deutlich, dafs WILSON zu jener Zeit noch ganz unter dem Einflusse der französischen, gleichzeitigen Autoren stand; die klassische Darstellung der schon früher und zuerst von den Engländern (WILLAN, PLUMBE) als eigene Krankheit erkannten Trichophytie nach eigener Anschauung, welche man gerade von ihm zu erwarten sich berechtigt fühlt, giebt er nicht; man sucht in seinem Buche vergebens nach einer Beschreibung derselben, die auch nur auf der Höhe der Porrigo scutulata von WILLAN gestanden hätte.

DEVERGIE[10] führt in seinem Lehrbuche, soviel ich sehe, zuerst die

---

[8] FUCHS, *Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge.* 1840.

[9] ERASMUS WILSON, *Die Krankheiten der Haut.* Aus dem Englischen übersetzt von Dr. SCHRÖDER. 1850.

[10] DEVERGIE, *Traité pratique des maladies de la peau.* Troisième édition. 1863. (Vielleicht hat DEVERGIE schon in der ersten Auflage 1854 diese Bezeichnung gebraucht.)

Bezeichnung: „teigne scutulée“ und „favus scutulata“[11] für unseren Favus ein. Von dieser Zeit an datiert mithin die zweite Epoche der Litteratur, in welcher der Begriff des Scutulums sich ausschliefslich an unseren heutigen Favus knüpft. Ob diese neue Ordnung des Begriffes an eine damals (1863) bereits gebräuchliche, populäre Bezeichnung anknüpfte oder eine eigene Erfindung von Devergie ist, vermag ich nicht zu entscheiden. Dieses sind seine Worte:

„En même temps, ce bord détaché semble se déprimer sur lui-même au fur et à mesure, que la capsule s'élargit, en sorte que l'ensemble du produit organisé prend la forme d'un godet, que nous comparerons, pour en donner l'image (que l'on nous passe cette comparaison) à un petit lampion, le centre restant toujours traversé par le cheveu. De deux choses l'une: ou chaque godet s'est développé à une certaine distance l'un de l'autre, et alors il s'étale, s'élargit également, et produit une espèce d'écuelle en prenant des dimensions plus ou moins grandes, de là le nom de Favus scutulata donné à l'une des variétés de la teigne faveuse: —

Mit diesen Worten wird, wie man sieht, dem Scutulum ein ganz anderer Sinn gegeben, wie die alte Bezeichnung der Porrigo scutulata der Engländer ihn besafs.

Schon im nächsten Jahre, wahrscheinlich ganz unbeeinflufst von seinem französischen Vorgänger, spricht Köbner[12] in seinen Untersuchungen (1864) von dem Scutulum des Favus als von einem durchaus geläufigen Begriffe:

„Wenn nämlich in der That der Herpes tonsurans nur die Vorstufe des Favus wäre, so mufste es möglich sein, bei genauer Versuchsmethode mit dem Pilze des Herpes tonsurans, dem Trichophyton, einen Favus zu erzielen, eventuell (wenn Hutchinsons Ansicht begründet wäre) mit dem ausgesäten Mikrosporon furfur früher oder später einen Herpes oder gar Favus zu bewirken. Andererseits mufste man sich fragen, ob das Achorion vor der Erzeugung des Scutulums Prodromalstadien auf der Haut erzeugen könne, welche den durch Mikrosporon oder Trichophyton erzeugten Veränderungen glichen.“

Köbner liefert sodann den für seine Zeit epochemachenden Nachweis, dafs Favus, Trichophytie und Pityriasis versicolor je eine Krankheit für sich bilde. Er fand, dafs der Favus ein herpetisches Vorstadium hatte welches die Trichophytie vortäuschen kann, und fährt sodann fort:

„Dies herpetische Stadium dauert in der Regel 5—7 Tage: die kleinen Kreise beginnen alsdann, häufig ungleichzeitig, entsprechend der Aufeinanderfolge ihrer Entstehung, blasser rot zu werden und sich zu desquamieren, wenn sich in ihrem Zentrum das Scutulum zu bilden beginnt. Dies kündigt sich, bevor noch an der Stelle des im Zentrum jedes kleinen Kreises stehenden Haares ein mattgelbes Pünktchen durchschimmert, durch eine pergamentähnliche, nur dem Finger, nicht dem Auge erkennbare Verdichtung unter der Epidermis an. Die anfangs es bedeckende Epidermis wird alsdann zunächst dem Haare von dem Scutulum durchbrochen, dessen Zentrum eine schwächer gelbe Farbe behält und sich allmählich vertieft, während die Peripherie,

[11] Devergie giebt dem Worte Favus das weibliche Geschlecht.

[12] Köbner, *Klinische und experimentelle Mitteilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie.* 1864.

nach welcher hin die Epidermis erst nach und nach berstet, eine schwefelgelbe Färbung annimmt und sich konzentrisch verbreitet."

Und weiter:

„..... Ich fand daselbst einen zweigroschengrofsen, hochroten, am Rande mit zum Teil zerkratzten Bläschen besetzten Kreis, in dessen Mitte ein sehr kleines, zentral exkaviertes Favusscutulum existierte",

und endlich:

„auf welchem zwei bis drei, schon recht breite Favusscutula von verschiedener Gröfse, entsprechend den nacheinander entstandenen Bläschenkreisen, sichtbar waren."

Sehr charakteristisch für die genaue Beobachtung KÖBNERs und seine selbständige Auffassung des früher so häufig ungenau beobachteten Vorganges ist noch der folgende Satz:

„Mit zunehmendem Ausfall der Haare, deren Wurzelscheiden zuerst durch dieselben, wie die beim Menschen vorkommenden, nur viel kleineren Pilzfädchen und Konidien erkranken, werden die Scutula selbst lockerer und fallen zuletzt aus irgendwelche Eiterbildung habe ich dabei nicht beobachtet."[13]

Unter den äufseren Unterschieden des herpetischen Vorstadiums des Favus (Dermatomykosis achorina) von der wirklichen (Herpes circinatus) Trichophytie giebt KÖBNER folgendes an:

„3)..... kleine und untereinander gleichförmige Kreise bleiben, deren Zentrum sehr bald Sitz des Scutulums wird, statt abzuheilen."

Eine Durchsicht der seit 1864 herausgegebenen Lehrbücher[14] beweist, dafs alle Autoren von nun an einen gröfseren oder geringeren Gebrauch von dem Begriffe des Scutulums als eines für den Favus charakteristischen, klinischen Symptoms machen. Eine genauere Definition der Bestandteile derselben wird nur von wenigen Autoren gegeben, und dabei tritt die ungemein verschiedene Auffassung über das Wesen des Scutulums, wie sie heute noch besteht, zu Tage. Ich kann diese Differenz nicht kürzer und besser kennzeichnen, als indem ich zwei der neueren Autoren wörtlich citiere: LESSER sagt:

„Besonders bei Favus bilden die gleich zu besprechenden Scutula geradezu Rein kulturen des Favuspilzes."

WEYL sagt:

„Auf Durchschnitten sieht man meist an der oberen, wie unteren Fläche eines Scutulums eine Art von Epidermiszellendecke, die Substanz selbst besteht aus einer Unmasse von Fäden und Konidien, aufserdem Zoogloeamassen, stäbchen- und kugelförmigen Bakterien, Epidermiszellen und Eiterkörperchen."

Seitdem die Züchtung der Favus- und Trichophytiepilze nach KOCHscher Methode in die Wissenschaft eingeführt ist und es sich herausgestellt hat, dafs manche Favusarten den Trichophytonpilzen auf den künstlichen Nährböden sehr ähnlich sein können, ebenso wie die durch

[13] KÖBNER citiert zwei Autoren, welche über das Scutulum bei Hühnern geschrieben haben: MÜLLER und GERLACH; ob diese schon dabei den Ausdruck Scutulum gelegentlich gebraucht haben, war ich aufser stande in Erfahrung zu bringen.

[14] Unter diesen ist NEUMANN der einzige, der die Porrigo scutulata (LEBERT) noch immer gleichbedeutend dem heutigen Favus hinstellt.

sie auf manchen Tieren erzeugten Affektionen, hat natürlich die richtige Definition des Scutulums für die Diagnose des Favus eine noch viel höhere Bedeutung gewonnen, als sie früher schon besafs.

Ich betrachte es deshalb als einen grofsen Fortschritt, dafs UNNA, auf seine histologischen Studien über Favus der Menschen und der Tiere gestützt, es versuchte, das Scutulum genauer, als bis dahin, von ähnlichen Krankheitsprodukten (Favusschuppen, Favuskrusten) abzugrenzen.

UNNA[15] definiert das Scutulum in folgender Weise:

„Um hierüber keinen Zweifel zu lassen, müssen wir etwas genauer auf den Begriff des Scutulums eingehen. Derselbe war bisher ein rein klinischer, aber, wie man sieht, läfst sich das Scutulum auch histologisch genau definieren, und es ist einleuchtend, dafs damit die Diagnose Favus in Zukunft, wenn man mit mir den Nachweis des Scutulums dafür als ausschlaggebend ansieht, an Sicherheit sehr gewinnen mufs.

Dafs die Scutula hauptsächlich aus Pilzen bestehen, hat man seit SCHÖNLEIN immer gewufst, aber man nahm doch auch ein Eingehen der Hornschicht bis zu einem gewissen Grade in das Scutulum an. Von jenen Angaben sonst ganz vertrauenswürdiger, aber hier mit unzureichenden Methoden arbeitender Forscher will ich ganz absehen, welche die Favuspilze normalerweise die Oberhaut und Cutis durchwachsen lassen. Die Angaben über eine Beteiligung der Oberhaut an der Bildung des Scutulums sind ebenfalls nicht richtig. Das Scutulum wurzelt auf der basalen Hornschicht und ist an den Seiten und oben anfangs stets von der mittleren und oberflächlichen Hornschicht in komprimierter Gestalt bedeckt, später häufig auch frei.

Derjenige Umstand nun, der das Scutulum von allen übrigen Pilzwucherungen in der Hornschicht unterscheidet, ist das senkrechte Emporwachsen der Pilzfäden aus der Hornschicht. Das Scutulum gleicht einigermafsen dem oberen Teile einer Kultur auf festem Nährboden, dem Abschnitt der Lufthyphen, in welchem die Hyphen, sich gegenseitig stützend und umschlingend, den Nährboden verlassen, um einen selbständigen Pilzkörper über demselben zu bilden. Im Scutulum bilden Substrat und Pilzfäden also stets einen rechten Winkel, während in den pilzdurchwachsenen Hornschuppen der Pityriasis versicolor und der Trichophytonarten die Pilzfäden mit den Hornzellen spitze Winkel beschreiben oder parallel laufen. Diese letztere Art der Durchwachsung entspricht dem Verhalten der Bodenhyphen bei einer Kultur auf festem Nährboden.

Jedoch besteht auch ein wesentlicher Unterschied zwischen den Lufthyphen und dem Scutulum; die ersteren wachsen frei in die Luft, ohne äufseres mechanisches Hindernis und unter einem Sauerstoffüberfluís. Die senkrecht emporsteigenden Hyphen des Scutulums müssen sich dem Drucke der Horndecke accommodieren und vegetieren ohne Sauerstoffüberfluís. Sie schieben die Horndecke mechanisch vor sich her, ohne sie zu durchwachsen. Ja, in einzelnen Fällen wurzeln auf der Horndecke selbst eine Anzahl Fäden, die abwärts dem Zentrum des Scutulums entgegenwachsen. Nur bleiben sie — dem kümmerlichen Boden dieser toten Hornzellen entsprechend — selbst kümmerlich. Und dieser letztere Umstand bewirkt es weiter, dafs das Scutulum, wenn man es als eine kugelförmige, in sich überall zurücklaufende Kultur betrachtet, eine asymmetrisch ausgebildete Kultur vorstellt.[16] Der Grund derselben wächst sehr üppig,

[15] UNNA, Drei Favusarten. *Monatsh. f. prakt. Derm.* XIV. Bd. 1892.

[16] Derselbe Satz findet sich in *Unnas Histopathologie*, pag. 381, fast mit denselben Worten: „Man kann das Scutulum als eine kugelförmig in sich zurücklaufende Kultur betrachten, die aber asymmetrisch ausgebildet ist.“ WILSCHE Be-

die Seitenteile immer schwächer und die Decke sehr wenig. Da der Druck der wachsenden Kugel auf die Hornschicht aber als ein gleichmäfsiger angesehen werden kann, so leidet die weniger stark proliferierende Deckenpartie am wenigsten von demselben und wird nach dem Zentrum der Pilzkugel zu eingebuchtet. Daher liegt es im Wachstumsgesetze eines jeden Scutulums, mag dasselbe sich aus einem Haarbalgtrichter entwickeln oder nicht, dafs sich auf der Oberfläche mit der Zeit eine dellenförmige Einsenkung bildet, und das ganze Scutulum die bekannte Napfform annimmt. Daher findet man napfförmige Scutula auch auf toten Nährsubstraten häufig bei anderen Pilzen, wo ähnliche Wachstumsbeschränkungen vorliegen."

Und weiter:

„Die äufsere (untere) Zone jedes Scutulums besteht also aus palissadenförmig dicht nebeneinander aufwachsenden Hyphen ohne Dazwischenkunft von Horngebilden. Die schwer färbbaren Massen, die man oft zwischen denselben findet, bestehen aus abgestorbenen, leeren Mycelschläuchen. Wenn dieser Pilzkörper also auch eine selbstständige, von der Hornschicht scharf getrennte Masse bildet, so liegt er doch keineswegs lose in ihr. Er wurzelt vielmehr mit vielen kleinen Fäden in derselben, und nach der Anzahl derselben richtet sich die mehr oder minder feste Adhärenz des Scutulums an seinem Nährboden.

Die innere (obere) Zone des Scutulums besteht aus den oidienförmig sich abschnürenden Sporen, die im Zentrum häufig zu einem dichten Sporenlager zusammenfliefsen. Die komplicierten Fruchtgebilde der freien Kulturen auf festem und flüssigem Substrat werden im Scutulum so wenig gebildet, wie überhaupt innerhalb der Hornschicht und des Haares.

Aus dem so beschaffenen Bau des Scutulums ergiebt sich auch sofort die Erklärung dafür, dafs einfache Entzündungsprozesse oder Regenerationsvorgänge der Oberhaut das Scutulum in toto ohne weiteres zur Abschiebung bringen. Würden die Pilzfäden, wie viele Forscher sich gedacht haben, anstandslos in die Stachelschicht einwachsen können, bestände keine feste Grenze zwischen Scutulum und Stachelschicht in der basalen Hornschicht, so würde eine so leichte Elimination der Scutula in toto schwer verständlich sein. Nun finden wir aber bei den artificiell erzeugten Scutula der Tiere ebenso, wie bei den spontanen, sehr häufig, dafs das Scutulum ganz oder teilweise von einer dicken Hornschicht oder einer Kruste in die Höhe gehoben ist. Ja, wir stofsen stellenweise auf Etagenbildungen, indem ein Scutulum an einem Ende in die Höhe gehoben ist und ein benachbartes um ein gutes Stück überlagert. Zwischen beiden befindet sich dann gewöhnlich eine Kruste, die aus entzündet gewesener, exsudatreicher Oberhaut entstanden ist. Niemals finden wir aber Durchwachsungen des Scutulums durch wucherndes Epithel oder Eindringen der Entzündungsprodukte in dasselbe. Stets wird das Scutulum als ein einheitlicher Körper respektiert oder eliminiert."

Weiter sagt Unna:

„Aufser diesen typischen Scutulis, welche den oben von mir aufgestellten Forderungen an Scutula überhaupt entsprechen, habe ich nun durch Favusimpfungen eine grofse Menge von minderwertigen pathologischen Produkten des Epithels erzeugt, welche von geringer Schuppenbildung an, durch dicke entzündliche Krusten bis zu

---

hauptung (pag. 54), dafs Unna dem Scutulum eine „durchaus" kugelige Form zuschreibt, ist daher unrichtig. Die ersten Anfänge der Scutulumbildung im Haartrichter, die Wälsch beschreibt und abbildet, sind natürlich kugelförmig, aber nicht die ausgebildeten Scutula, welche Unna beschreibt, in denen der oberste Teil des Haarbalgtrichters längst zur horizontalen Fläche ausgeglichen ist, und ebensowenig die jüngeren Scutula, welche unabhängig vom Haarfollikel entstehen.

abortiven und degenerierten Scutulis eine fortlaufende Reihe bilden. Gewöhnlich finden sich bei mifslungenen Impfungen eine ganze Anzahl solcher Bildungen zusammen, und ich werde mir erlauben, Ihnen einige davon zum Unterschiede von wirklichen Scutulis zu demonstrieren. Als Pilzschuppen bezeichne ich solche, welche deutlich gewucherte Pilzformen, Hyphen und Sporen neuer Bildung in horizontaler Verzweigung innerhalb sich ablösender Hornschicht aufwiesen. Pilzkrusten entstehen durch entzündliche Vorgänge im Epithel, welche zur Abtötung des Pilzes führen und die Scutulumbildung verhindern. Dann ist die pilzführende Hornschicht von fibrinösem Exsudat hin und wieder von Eiterkörperchen durchsetzt, und die Pilzfäden zeigen gewöhnlich starke Veränderungen, besonders kugelige, gemmenähnliche Anschwellungen. Durch die innige Vermischung von Hautbestandteilen und Pilzfäden unterscheiden sich die Pilzkrusten von den abortiven und degenerierten Scutulis.

In diesen befindet sich, wie in den ausgebildeten Scutulis, der Pilz allein für sich, als ein flacher oder mehr kugeliger Fremdkörper, in die Hornschicht eingeschoben. Aber es fehlt die beschriebene, regelmäfsige Anordnung seiner Elemente; dieselben sind schlecht färbbar und weisen in ihren abnormen Krümmungen und Anschwellungen degenerative Prozesse auf. Gewöhnlich bestehen diese Pilzherde aus einem verworrenen und komprimierten, schwierig färbbaren, teilweise jedenfalls abgestorbenen, engen Mycelnetze mit Einsprengung stark tingibler, grober Klumpen, welche etwas an die Gemmen der Kulturen erinnern. Eine Oidiumabschnürung fehlt stets.

Besonders interessant erscheint mir, dafs einige dieser degenerierten Scutula die Einmischung von Kokken aufweisen, welche massenhaft in denselben gedeihen und vielleicht an dem Absterben der Scutula schuld sind, vielleicht erst nach deren Absterben eindringen: Derartige Präparate lege ich Ihnen vom Kaninchen und von der Katze vor. Aber ich will dabei nicht unterlassen, zu betonen, dafs durchaus nicht, wie heute noch vielerwärts fälschlich angenommen wird, im normalen Scutulum eine Brutstätte von Kokken, Bacillen und anderen indifferenten Schmarotzern existiert. Die leichte Verunreinigung der Kulturen vom Favus rührt nicht von intraskutulären, sondern von extraskutulären, allerdings auf jedem Kopfe massenhaft vorkommenden Schmarotzern her. Das Scutulum, solange es normal vegetiert, beherbergt so wenig fremde Pilze, wie Epithelien."

Die neueste Arbeit über das Favusscutulum hat die Definition, die Unna ihm gab, in verschiedenen Punkten angegriffen, und wenn dieselben nicht widerlegbar wären, so würden wir uns heute wie vor der Unnaschen Arbeit in zweifelhaften Fällen vollkommen im ungewissen über die Zuständigkeit einer Pilzkrankheit zum Favus befinden. Denn, um nur eines zu erwähnen, wenn es richtig wäre, was Wälsch[17] behauptet, dafs mitten im Scutulum Epithelien sich befinden, so würde das Scutulum sich von gröfseren Schuppen, die bei Trichophytie vorkommen, nicht so sicher unterscheiden lassen, wie sie es in Wirklichkeit thun. Wälsch sagt:

Das Scutulum „besteht, aber nicht ausschliefslich, wie Unna behauptet, aus den Elementen des Pilzes, welche durch eine Zwischensubstanz zusammengehalten werden."

Wälsch geht also, entgegen der auf so viele genaue Untersuchungen des Menschen- und Tierfavus begründeten Behauptung von Unna, ver-

[17] Wälsch, *Arch. f. Derm. u. Syph.* XXXI. Bd. 1. Heft. 1895.

mutlich wieder auf die alte Lehre von BENNETT zurück, nach welcher zwischen den Hyphen des Scutulums eine feinkörnige Masse befindlich ist, wie eine solche auf der Figur 10, pag. 606, bei HEBRA-KAPOSI abgebildet und von HOFFMANN 1867 (s. ebenda) als ein „organischer Detritus und Körnchen von verschiedener Form und Gröfse“ beschrieben wird. Man ist nach einer solchen Behauptung mit Recht gespannt auf den Beweis von WÄLSCH, dafs sich aufser dem Pilze noch eine andere Substanz in den Scutulis befindet. Denn nachdem UNNA das Dasein einer solchen Substanz geleugnet, war es WÄLSCHs Pflicht, dieselbe genau zu beschreiben, wenn er sie wieder von neuem einführen wollte. Ich finde aber, dafs in der ganzen Arbeit von WÄLSCH nirgends ein Beweis für das Dasein einer solchen Substanz auch nur versucht wird.

Der erste Punkt, welchen ich mir daher zur Nachuntersuchung wählte, betrifft diese seit alter Zeit angenommene und von WÄLSCH auch heute noch festgehaltene „Zwischensubstanz“ im Scutulum.

Sodann sagt WÄLSCH:

„Es zeigt also der Pilz ein peripher fortschreitendes Wachstum, was besonders UNNA gegenüber betont werden mufs, der die proliferierenden Enden von der Haut fort dem Zentrum des Scutulums zugekehrt sein läfst und dies als ein spezifisch favöses Wachstumsprinzip erklärt.“

Diese Behauptung stützt WÄLSCH auf den vorhergehenden Satz:

„Im Zentrum des Scutulums, bei gröfseren, auch in den oberen Teilen desselben, finden sich nur Konidienhaufen, peripherwärts Konidienschläuche und Hyphen, während an der äufsersten Peripherie nur noch Hyphen zu sehen sind, welche wie Haftwurzeln (?) in die Umgebung vordringen.“ (?)

WÄLSCH nimmt also im Gegensatz zu UNNA ein zentrifugales Wachstum an; er scheint offenbar zu glauben, dafs die peripheren, vereinzelten Hyphen in die Hornschicht, und zwar senkrecht zu deren Oberfläche, vordringen können, während an dem hinteren Ende derselben Hyphenfäden, im Zentrum des Scutulums, ein Zerfall derselben zu Sporen stattfindet. Im Gegensatz dazu schreibt UNNA dem Favus innerhalb des Scutulums ein zentripetales Wachstum zu; nach ihm haften die peripheren Enden der Hyphen in der Hornschicht nur gleichsam als Wurzeln,[18] mit denen das ganze Scutulum seine Nährstoffe aus der Oberhaut bezieht; das Wachstum geschieht aber nach innen in das Scutulum hinein.

Diese Alternative zu entscheiden, setzte ich mir als meine zweite Aufgabe vor; dieselbe ist natürlich nicht durch die andauernde Beobachtung eines Scutulums in vivo zu entscheiden, sondern nur durch sorgfältige Vergleichung der zentralen und peripheren Hyphenenden. Indessen

[18] Bemerkenswerterweise spricht WÄLSCH (s. oben) denselben peripheren Enden auch das Aussehen von „Haftwurzeln“ zu, ein Ausdruck, welcher für die jüngste, voranschreitende Spitze einer Pflanze wenig passend gewählt sein würde.

will ich gleich hier von vornherein bemerken, dafs die UNNAsche Ansicht über das Wachstum im Scutulum mit den Ansichten der Botaniker über das Wachstum der oidienartigen Pilze vollkommen übereinstimmt, während die Behauptung von WALSCH dem Favuspilze eine ganz andere und neue Stellung im System der Pilze geben würde. GRAWITZ war der erste Forscher, welcher die Ähnlichkeit der Favus- und Trichophytonpilze mit dem Oidium lactis und albicans in Bezug auf das Wachstum hervorhob. Niemand hat seither bezweifelt, dafs in der That die Favushyphen wie bei den Oidien nach vorwärts wachsen und gleichzeitig nach rückwärts in Sporen sich abgliedern und in Sporen zerfallen. Die Wachstumsrichtung der Oidienfäden ist der Abschnürungsrichtung der Oidiensporen entgegengesetzt. LINK und LEUNIS definieren die Gattung „Oidium" folgendermafsen:[19]

„Fruchthyphen einfach mit Querscheidewänden zart, vergänglich, farblos, mit einer endständigen Sporenkette, welche entsteht, indem die Spitze der Fruchthyphe eine Spore nach der anderen abschnürt, so dafs die unterste Spore die jüngste ist..."

Hierzu ist zu bemerken, dafs bei manchen Oidiumarten die Fruchthyphen von den Bodenhyphen (UNNA), d. h. dem von den Botanikern speziell sog. Mycel, nicht unterschieden sind, so z. B. beim Oidium albicans, dem Soorpilz (s. auch LEUNIS a. a. O.). Das „Mycel" der Botaniker, das Geflecht der Bodenhyphen (UNNA) ist, wie ich den mündlichen Vorträgen UNNAS entnehme, durchaus vergleichbar dem Wachstum der Trichophytonpilze in der menschlichen Hornschicht und ebenso dem unvollkommenen Wachstum der Favuspilze, wie wir es in den Favusschuppen und Favuskrusten (Favus herpeticus autorum) vorfinden. Hier wachsen die Hyphen nach allen Seiten, breiten sich als Ganzes serpiginös aus, und die Sporen schnüren sich von aufsen nach innen ab. Das Scutulum entsteht dagegen, sowie die Favuspilze geeignete Stellen innerhalb der Hornschicht finden (meistens, wenn auch nicht immer im Haarbalgtrichter), wo sie sich abkapseln und von dem Augenblicke an, werden — genau wie bei den Oidiumarten der freien Natur und unseren Favuspilzen auf festen, künstlichen Nährböden — **Fruchthyphen** erzeugt, d. h. senkrecht vom Nährboden aufsteigende und von der Spitze an nach unten Sporen abschnürende Hyphen.

Man sieht hieraus, dafs die UNNAsche Lehre über die Besonderheit des skutulären Wachstums ganz genau den Lehren der Botaniker über das Wachstum der oidienartigen Schimmelpilze in der Natur entspricht. Die schon vor längerer Zeit (in seiner *Flora dermatologica*) von UNNA gemachte Unterscheidung zwischen Boden- und Lufthyphen bei der Züchtung auf künstlichem Nährboden entspricht ganz genau dem Unter

[19] s. LEUNIS, *Synopsis der Pflanzenkunde*. 3. Aufl. 1886. Bd. III. pag. 446.

schiede der Botaniker zwischen Mycel und Fruchthyphen. Da aber das Scutulum nicht frei an der Luft wächst, so paſst für die senkrecht von der Hornschicht aufstrebenden Hyphen hier besser das Wort „Fruchthyphen“ als „Lufthyphen“. Wenn sich mithin aus einer Favusschuppe ein Favusscutulum bildet, können wir diesen Vorgang botanisch und in dem Sinne der Unnaschen Lehre so ausdrücken, daſs die „Bodenhyphen“ (Mycel der Botaniker) sich in „Fruchthyphen“ verwandelt haben.

Zur Untersuchung lagen mir vor: 1. junge, linsengroſse Scutula von einem frischen Favusfall und 2. eine groſse Anzahl von alten Favusmassen, d. h. konfluierten Massen älterer Scutula, welche von einem hochgradigen Favusfall Herrn Dr. Unna zur Untersuchung eingesandt wurden. Die meisten dieser Massen waren nicht mehr von Hornschicht bedeckt, wohl aber von Hornmassen und Krusten durchzogen, machten mithin schon makroskopisch den Eindruck sekundär veränderter Scutula.

Dieser Unterschied zwischen beiden Fällen trat denn auch deutlich bei der mikroskopischen Untersuchung hervor. Ich beschränke deshalb meine Angaben über das reine, skutuläre Wachstum auf die Befunde, welche die jüngeren Scutula ergaben, und werde hieran sodann die Beschreibung der Veränderungen folgen lassen, welche das Scutulum durch sekundäre Einflüsse erfährt.

Da mir sehr viel daran lag, die Natur der zwischen den Fruchthyphen liegenden, schwer färbbaren Massen zu ergründen, muſste ich mich nach einer Färbemethode umsehen, welche dieselben möglichst gut zu färben erlaubt. Auf Anraten von Herrn Dr. Unna versuchte ich hierzu die Entfärbung mit der von ihm angegebenen Säurefuchsin-Tanninlösung (vorrätig bei Grübler). Nach vielen vergleichenden Versuchen mit diesen und anderen Entfärbungsmethoden und anderen Fixationsmitteln (Kaliumbichromat, rotes Blutlaugensalz, Jod) blieb ich schlieſslich bei den komponierten Tanninen als Entfärbungsmittel stehen. Als Färbemittel bewährten sich am meisten: die polychrome Methylenblaulösung von Unna und die Gentiana-Anilinwasserlösung. Im folgenden gebe ich die Vorschriften zur Färbung der Scutula, welche sich mir für diese Untersuchung als die besten herausgestellt haben.

Das gewöhnlich stark ausgetrocknete Material wird zunächst in warmem Wasser erweicht und dann in bekannter Weise in Celloidin eingeschlossen und geschnitten. Die Schnitte kommen dann noch einmal auf zehn Minuten in warmes Wasser selbst oder in eine bis zur Erzeugung von Dämpfen erwärmte, 2—5%ige Sodalösung, in der sie genügend weich werden, worauf sie sich besser entfärben lassen. Darauf folgt eine Abspülung in Wasser und die Übertragung in die Farblösung.

Wo es sich nur um das Studium der lebendigen Hyphen und Sporen im Scutulum handelt, genügt die einfache, folgende Färbemethode:

I. 1. Polychrome Methylenblaulösung 10 Minuten.
2. Abspülen in Wasser.
3. Abtrocknen auf dem Objektträger.
4. Entfärbung mit Anilinöl + 1‰ HCl.
5. Anilin, Xylol, Balsam.

Diese Färbemethode ist einfach und liefert schönere Präparate, als die sonst ebenfalls guten Entfärbungen mittelst roten Blutlaugensalzes und salzsauren Anilins oder Kaliumbichromats und salzsauren Anilins nach polychromer Methylenblaufärbung.

Will man jedoch, worauf es mir vor allem ankam, auch die abgestorbenen Teile des Scutulums, vor allem die schwer färbbaren der Peripherie zur Anschauung bringen, so bedient man sich nach meiner Erfahrungen am besten der folgenden zwei Doppelfärbungen:

II. 1. Säurefuchsin-Tanninlösung (nach UNNA) 24 Stunden.
2. Abspülung mit angesäuertem Wasser, am besten auf dem Objektträger und oberflächliche Abtrocknung.
3. Polychrome Methylenblaulösung, einige Tropfen zur Bedeckung des Präparats, über der Flamme bis zum Aufsteigen von Dämpfen erwärmt und wieder mit salzsaurem Wasser abgespült, wobei der Schnitt eine blaue Farbe zeigen muſs.[20]
4. Abtrocknung des Schnittes und nochmalige Bedeckung mit der Säurefuchsin-Tanninlösung, wobei der Schnitt eine gemischte, blaurote Farbe annimmt.
5. Gründliche Abspülung in Wasser, zur Befreiung von Tannin, auf dem Objektträger und Abtrocknung.
6. Entwässerung mit Anilinöl + 10% Tannin.
7. Anilin, Xylol, Balsam.

III. 1. Gentianaviolettanilinwasser 5 Minuten.
2. Abspülen in Wasser.
3. Säurefuchsin-Tanninlösung 2 Minuten in Schälchen.
4. Gründliche Auswaschung in Wasser.
5. Auf dem Objektträger abtrocknen.
6. Entfärbung mit Anilinöl + 1% salzsaures Anilin.
7. Anilin, Xylol, Balsam.

Die letztgenannte Methode scheint mir für die gleichzeitige Darstellung der lebendigen und toten Pilzfäden die beste zu sein.

Mittelst dieser Methoden wandte ich mich zuerst zur Beantwortung der Frage:

---

[20] Sollte er dabei wieder rot werden, so muſs die Erwärmung mit der polychromen Methylenblaulösung fortgesetzt werden.

Giebt es im Scutulum aufser dem Pilze noch fremdartige Bestandteile?

Zur Beantwortung dieser Frage müssen wir uns zunächst mit den schwer färbbaren Massen an der Peripherie der Scutula beschäftigen. Denn diese sind es wohl hauptsächlich gewesen, welche manche frühere Untersucher für Epithelien oder zerfallene Reste von solchen oder für Entzündungsprodukte gehalten haben. Diese Massen wachsen mit dem Alter des Scutulums. An den jungen Scutulis nehmen sie nur eine dünne, äufserste Zone ein, während sie an den vielen mir vorliegenden alten Scutulis eine sich mehr und mehr nach dem Zentrum vorschiebende, breite Schale darstellen. Schliefslich kommt es zu einem fast völligen oder sogar völligen Ersatz des gut färbbaren, zentral sitzenden Pilzes durch diese schwer färbbaren Massen.

Schon aus diesem Verhalten ersieht man, ehe man noch die Massen durch bessere Fixationsmethoden aufgeschlossen hat, dafs die schwer färbbaren Massen sich umgekehrt verhalten wie der Pilz selbst und dafs sie, von der Peripherie des schon ausgebildeten Scutulums gegen dessen Zentrum vorrückend, den Favuspilz Schritt für Schritt ersetzen. Handelte es sich bei denselben, wie meistens angenommen wird, um Epithelien, so käme man durch Vergleichung der verschiedenalterigen Scutula zu dem sonderbaren Resultat, dafs die letzteren, je älter sie werden, um so mehr von der Peripherie her vom Epithel durchwachsen würden, während gerade dieselben Forscher die Massen für alte abgestorbene und zerfallende Epithelien halten möchten. Solche sollten nach meiner Meinung ihren Platz nicht verlassen und wie junges Epithel sich vorschieben können. Übrigens ist die Möglichkeit, dafs es sich um zentripetal vordringendes junges Epithel handelt, schon deshalb ausgeschlossen, weil sich in diesen Massen, worauf wir noch zu sprechen kommen werden, keine Kerne nachweisen lassen.

Färbt man aber diese Massen nun mittelst der soeben von mir angegebenen Doppelfärbungen, so sieht man dieselben sich auflösen in ein dichtes Geflecht von varikös geschwollenen, geweihartigen Gebilden, die die rote Farbe des Säurefuchsins angenommen haben, im Gegensatz zu den lebhaft blau (Methylenblau) oder violett (Gentiana) gefärbten Hyphen und Sporen des Zentrums. An sehr feinen Schnitten gelingt es nun, an der Grenze zwischen den stark gefärbten Pilzmassen und den schwer färbbaren Massen der Peripherie deutliche Übergänge der blau oder violett gefärbten Hyphen in die rosa gefärbten Äste der letzteren nachzuweisen. Dabei verlieren die Hyphen ihre dunkle Färbung, quellen stark auf, bewahren aber ihre eigentümlich knorrige, geweihartige Form, wodurch sie sich auch nach Verlust der Pilzfärbung sehr deutlich von

den groben Epithelschollen unterscheiden, welche das Scutulum zunächst umrahmen und auch oft die Säurefuchsinfärbung angenommen haben.

Nach aufsen grenzen die säurefuchsinroten Massen abgestorbener, leerer Pilzschläuche an die teils rot, teils blau gefärbte Hornschicht, welche das Scutulum einkapselt. An den jüngeren Scutulis werden diese Massen palissadenartig durchsetzt von einzelnen, noch gut, d. h. blau oder violett gefärbten Hyphen, welche in der umgebenden Hornschicht wurzeln. Bei den älteren Scutulis dagegen fehlen diese letzten peripheren Ausläufer des noch lebenden Pilzkörpers, und der Zusammenhang zwischen dem im Zentrum vegetierenden Reste desselben und der Hornkapsel wird nur durch die zwar abgestorbenen, aber doch noch fest zusammenhaltenden Hyphenschläuche erhalten.

Es ist eine bemerkenswerte, bei jedem Scutulum wieder neu zu beobachtende Thatsache, dafs die Hornzellen an manchen Stellen eine ganz kurze Strecke weit, etwa nur 1—2 Zellenbreiten, in das Scutulum hinein zwischen diesen teils noch lebendigen, teils abgestorbenen Hyphen nachzuweisen sind, während an anderen Stellen das Scutulum von einem scharf abgeschnittenen Saume von Hornzellen begrenzt ist. Diese am meisten in das Scutulum sich vorschiebenden und sich von dem übrigen Saume der Hornschicht entfernenden Epithelien sind als solche leicht zu erkennen; sie sind von scholliger Gestalt, weisen hier und da Kernreste auf und erscheinen durchaus nicht als zerfallende oder sich in eine amorphe Körnermasse auflösende Gebilde, wie einzelne Autoren sich dies vorgestellt haben. Sie liegen einfach abgelöst zwischen den peripherstenAusläufern des Scutulums.

Die folgenden Angaben von seiten mehrerer Dermatologen kann ich also durchaus nicht bestätigen, soweit sie sich auf den Gehalt des Scutulums an Epithel und zerfallenen, detritusartigen Epithelresten beziehen.

Gudden hatte mehrfach allerdings von einem molekulären Detritus gesprochen (pag. 7 und pag. 27), in welchem sich die Pilze selbst beim Absterben auflösen, und auch G. Simon (pag. 300) erwähnt eine „aus kleinen Molekülen bestehende Masse“ in einem solchen Zusammenhange mit der Beschreibung des Pilzes, dafs er zweifellos auch zerfallene Pilzelemente darunter gemeint hat. Ebenso erwähnt Küchenmeister (II. Abt. 1855, pag. 56—57) ein „amorphes, homogenes, sehr fein granuliertes, aus organischer Substanz bestehendes Stroma“, von dem er ausdrücklich betont, dafs es weder Eiter, noch seröses Exsudat, noch epidermisartiger Natur sei, sondern dem Pilze selbst angehöre.

Dennoch sagen Hebra-Kaposi 1876 (pag. 607 u. 608) kurzweg:

„Die feinkörnige Klebemasse, durch welche die Favuselemente zusammengehalten werden, gehört den Produkten zerfallener Epidermiszellen und der Drüsensekretion an“,

nachdem schon HEBRA in seinem *Atlas* unter den Bestandteilen des Scutulums auch die „Epidermis“ angeführt hatte.

Von nun an scheint der „epitheliale Detritus“ im Scutulum Bürgerrecht in der Dermatologie gewonnen zu haben. — BEHREND 1879 sagt (pag. 502):

„Daneben finden sich stets noch Epidermiszellen und körniger Detritus, welchen letzteren die Anhänger der modernen Mykologie so gern als Mikrokokken bezeichnen“,

und meint vielleicht damit die Angabe von NEUMANN (*Lehrbuch*, 5. Aufl., pag. 625):

„dieser folgt eine Schicht von feinkörniger Masse (Micrococcus)“.

Es sieht nach diesen Citaten aus, als wenn ein Zerfall der fertigen Hornzellen in Körnermassen überhaupt eine bekannte Thatsache sei. Wir kennen wohl eine Reihe von Degenerationen der Hornmassen, wobei diese teilweise verflüssigt werden. So die von UNNA beschriebene „nukleäre Degeneration“ in Hauthörnern und bei der Onychogryphose, bei welcher im Innern der Zellmembran stark nach Art der Kerne tingible Körner auftreten, sodann die bekannte Verflüssigung von Hornzellen, durch welche markraumähnliche Höhlen in festen Horngebilden entstehen. Aber diese beiden gewöhnlichen Arten der Degeneration von Hornzellen sind stets an die Gegenwart von Papillen gebunden, welche hoch in die Hornmasse aufragen und derselben eine wellige Struktur verleihen. Die genannten Degenerationen finden sich dann immer nur punktweise genau über der Spitze der eingeschlossenen Papillen; die Hornmassen dazwischen zeigen keine Spur davon (s. Kap. Hauthorn und Onychogryphose in *Unnas Histopathologie*).

Abgesehen davon nun, daſs die Umgebung des Scutulums auch an der unteren Seite keine Papillen zeigt, welche bis in die Hornschicht aufragen, hat noch niemand in dem Scutulum oder auch nur am Rande desselben eine der soeben angeführten Degenerationen wirklich gesehen und beschrieben. Ich kann also nur annehmen, daſs die schwer definierbaren, amorphen Massen, der Detritus der Autoren, mit den abgestorbenen peripherischen Hyphen identisch sind, oder daſs den Autoren alte, sekundär von Organismen infizierte, kokken- und bacillenhaltige Scutula vorgelegen haben und sie die Mikroorganismen für zerfallene Epithelien hielten.

Ich stelle mich daher, was den fraglichen Gehalt der Scutula an Epithelien betrifft, ganz auf den Standpunkt von UNNA, welcher ihnen keine Rolle in der Zusammensetzung des Scutulums zuschreibt.

Auch die Annahme von Leukocyten und Exsudatmassen im Innern des Scutulums ist durchaus nicht berechtigt, wie WEYL (ZIEMSSEN) und WÄLSCH[21] annehmen.

---

[21] WÄLSCH, *Arch. f. Derm. u. Syph.* XXXI. Bd. 1. Heft. 1895. pag. 56.

An den ganz jungen, normalen Scutulis findet sich sogar im Umfange derselben in den abkapselnden Hornschichten oft keine Spur von Wanderzellen. Sicher gehören diese also nicht zum typischen Bilde des Scutulums. Nach den experimentell an Tieren gemachten Erfahrungen von UNNA tritt eine Leukocytenauswanderung hauptsächlich nur unter zwei Verhältnissen beim Favus ein. Zuerst bei der primären Infektion der Haut mit dem Pilze, wobei der letztere in unregelmäfsiger Weise sich konzentrisch in der Hornschicht ausbreitet, ohne Scutula zu bilden, und gröfstenteils in Form von leukocytenhaltigen Favuskrusten wieder eliminiert war. Hat sich inzwischen der Pilz an einzelnen Stellen der Oberhaut, vorzugsweise an den Trichtern der Haargebilde, festgesetzt, so beginnt von hier aus die zweite Periode des ungestörten Scutulumwachstums, wobei keine Leukocytenauswanderung zu bemerken ist. Eine solche tritt erst wieder ein, wenn spontan oder durch medikamentöse Eingriffe ein abnormer Reizungszustand an der Scutula tragenden Haut erzeugt wird. Durch diese in unregelmäfsigen Perioden auftretenden Dermatitiden werden um die Scutula herum Wälle von Leukocyten erzeugt, welche mit den Hornzellen Krusten bilden, durch die die Scutula in die Höhe gehoben und teilweise eliminiert werden. Meistens gelingt hierdurch die Heilung des Favus aber nicht, sondern unter den leukocytären Krusten bilden sich wieder neue, von Leukocyten nicht gestörte Scutula, und häufig finden sich bei Tieren, wie beim Menschen, etagenweise übereinander geschichtete und durch Krusten getrennte Scutula. So finde ich es auch bei meinen groben Favusmassen des zweiten Falles, während die Scutula jüngeren Datums von meinem ersten Falle nur hier und da, aber durchaus nicht in grofser Ausdehnung und regelmäfsig von Leukocyten umrahmt sind. Bei meinem zweiten Falle kommt als Ursache für eine sekundäre Leukocytose auch noch die reichliche Ansiedelung von Organismen in den aufgebrochenen Scutulis hinzu, worauf ich gleich noch näher eingehen mufs.

Die histologischen Befunde am Menschen decken sich also nach meiner Erfahrung vollständig mit den von UNNA an Tieren festgestellten experimentellen Thatsachen, nur dafs die letzteren natürlich viel klarer und überzeugender sind, denn den Untersuchern werden vom Menschen viel weniger leicht Scutula vorgelegen haben, welche bis dahin vollständig unbeeinflufst von medikamentösen und anderen künstlichen Reizzuständen waren. Diese aber mufs man ganz ausschliefsen können, wenn man sich von dem Vorkommen der Leukocyten beim Scutulum einen richtigen Begriff bilden will.

Ich kann also meine Anschauung dahin zusammenfassen, dafs das Scutulum normalerweise und solange es ungestört wuchert, keine Leukocyten anlockt, dafs aber durch äufsere Einflüsse, welche das Scutulum zum Absterben und Abfall bringen, sehr oft Leukocyten angelockt werden, die

sich meistens nur in Form leukocytärer Krusten, selten als wirkliche Eiterung darstellen, und dafs auch in diesen letzteren Fällen die Leukocyten nicht in das Innere des Scutulums einwandern.

Fragen wir uns nun schliefslich, ob vielleicht andere Organismen normalerweise im Scutulum vegetieren? Wenn man die komplicierten Vorsichtsmafsregeln liest, welche Kral benutzte und Pick als wesentlich zur Reinzüchtung des Favus hinstellen zu müssen glaubte, so sollte man wirklich denken, jedes Scutulum wimmelte von anderen Organismen, und es gehöre die Hand eines Meisters in der Bakteriologie dazu, eine Reinzüchtung aus einem Scutulum vorzunehmen. Thatsächlich giebt aber ein jedes junge, noch nicht aufgebrochene oder von Krusten umgebene Scutulum, mit reinen Instrumenten angefafst, direkt eine Reinkultur. Ich halte es sogar für ein Unrecht, die Reinzüchtung des Favus (und Trichophytons) als eine irgendwie komplicierte und schwierige Sache hinzustellen; die Wissenschaft des praktischen Arztes kann nur gewinnen, wenn er weifs, wie leicht für jeden Anfänger diese Darstellung der Hautpilze ist.

Die jungen Scutula, die ich untersuchte, enthielten an keiner Stelle irgend welchen zweiten Organismus; anders war es mit den alten Favusmassen, die zum gröfsten Teile aus aufgebrochenen Scutulis bestanden, durchsetzt und umgeben mit Krusten und Schuppen. Hier fand ich fast in allen Scutulis, die übrigens sämtlich zum grofsen Teile abgestorben waren, sekundäre Organismen, im ganzen nicht weniger als drei verschiedene in diesem einen Falle.

1. Ein Kettenbacillus. Derselbe erfüllt an mehreren Scutulis besonders die mittleren Teile, indem er entlang den Spalten gröfsere Rasen bildet. Von diesen Rasen ziehen sich nach allen Seiten Kolonien in Form vielfach verschlungener Ketten durch den absterbenden Favus hindurch. Dieser Bacillus erinnert durch seine Kettenform an den von Unna zuerst beschriebenen Streptobacillus des weichen Schankers, unterscheidet sich aber von demselben dadurch, dafs er: 1. viel kleinere Dimensionen besitzt (Länge ca. 1 μ, Breite $^1/_4$—$^1/_3$ μ), 2. abgerundete, zuweilen sogar verjüngte Enden (während dem Streptobacillus des weichen Schankers scharfe Ecken zukommen) aufweist, und 3. keine mehrzeiligen Ketten, wie dieser letztere, bildet. Er hat vielmehr die Neigung, nach allen Richtungen auseinanderzustrahlen und netzförmig verschlungene Haufen zu bilden.

2. Ein Coccus. Derselbe bildet wolkige Haufen zwischen den absterbenden Hyphen. Die Kokken haben einen Durchmesser von $^1/_4$—$^1/_3$ μ und sind meistens zu dichten Ballen vereinigt, die ein gleichmäfsiges Korn aufweisen und wahrscheinlich durch einen Kokkenschleim zusammengehalten werden.

3. Ein dritter eigentümlicher Organismus scheint in durch Methylenblau dunkel gefärbten, homogenen Ballen und Schollen vor-

zuliegen, die die absterbenden Scutula streifenweise durchziehen. Bei starker Vergrößerung erkennt man in denselben einen leukonostocähnlichen, blafs violett gefärbten Pflanzenschleim, der sich überall deutlich von den blau gefärbten Favushyphen abhebt, obwohl beide Teile netzförmig durcheinandergewirkt sind. Zentrale Pilzfäden sind in dem Schleime nicht mehr darstellbar, doch setzt sich derselbe aus kugeligen Segmenten zusammen, die wohl früher Hyphenzellen entsprochen haben mögen.

Während wir also die Meinung jener Autoren (Neumann, Weyl, Cornil und Ranvier)[22] entschieden zurückweisen müssen, welche in jedem Scutulum sekundäre Mikroorganismen voraussetzen, so haben wir die Saprophytie verschiedener Pilze als eine Begleiterscheinung des Absterbens der Scutula zu betrachten, welches besonders dort eintritt, wo die schützende Horndecke der letzteren verloren gegangen ist.

Indem ich die bisher eingeteilten Resultate meiner Untersuchung zusammenfasse, mufs ich also sagen, dafs das Scutulum des Favus ein reiner Pilzkörper ist, wie er von Küchenmeister, Unna und — wie es scheint — auch von Lesser hingestellt worden ist. Wir haben gesehen, dafs die Hornschicht nur die äufsere Kapsel des Scutulums bildet, aber nicht in dessen Inneres eindringt, und dafs die schwer färbbaren Massen, welche sich fast immer an der Peripherie der Scutula vorfinden und bei älteren Scutulis mehr nach dem Zentrum zu vorrücken, aus abgestorbenen Pilzfäden bestehen und durchaus keine Epithelien, Exsudatmassen, epitheliale Detritusmassen, Leukocyten oder fremde Mikroorganismen sind.

In den mitgeteilten Thatsachen liegt aber auch zugleich genügendes Material vor zur Beantwortung der zweiten Frage, welche ich mir gestellt habe, der Frage:

Wie wächst der Favuspilz im Scutulum?

Da jedes gröfsere Scutulum an der Peripherie eine Zone von bereits abgestorbenen Hyphen trägt, innerhalb welcher nur wenige lebendige Fäden übrig bleiben, die die Vermittelung mit dem lebenden Epithel aufrecht erhalten, so kann gar keine Rede davon sein, dafs das Scutulum durch Aussenden junger Pilzfäden nach aufsen an der Peripherie weiterwächst (Wälsch). Wir sehen im Gegegenteil, dafs, je gröfser und älter das Scutulum wird, der lebendige Teil desselben sich desto mehr auf das Zentrum des Scutulums zurückzieht. Schliefslich ist nur noch dieses Zentrum, aus Hyphen und Sporen bestehend, mit den bekannten basischen Farben färbbar. Die Vergrößerung des ganzen Scutulums kommt also sicher nur dadurch zu stande, dafs die radiär angeordneten Pilzfäden nach innen in die Länge wachsen und dabei die Hornschicht durch ihre Massenzunahme nach allen Seiten auseinanderdrängen. Hierbei schnüren

[22] Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique.* 1869 pag. 1218.

die radiär gerichteten Pilzfäden (Fruchthyphen der Botaniker) von dem Zentrum her fortwährend in der Weise der Oidiumpilze neue Sporen ab, während sie aufsen langsam absterben. Einen solchen Wachstumsmodus kann man gewifs nur als einen zentripetalen (UNNA) bezeichnen, und er erklärt mit einem Male und ganz genügend die Besonderheit des Scutulums. Wie schon UNNA hervorgehoben hat (s. oben), wird speziell durch dieses zentripetale Wachstum und die damit zusammenhängende Abkapselung nach aufsen die relative Harmlosigkeit und der Mangel an fortdauernden Reizzuständen in der Haut erklärt, welche den skutulären Favus (im Gegensatz zu dem squamösen, krustösen, herpetoiden Favus) auszeichnen.

Auch in dieser zweiten Frage stehe ich daher nach meiner Untersuchung vollkommen auf dem von UNNA zuerst dargelegten Standpunkte, dafs im Scutulum ein besonderes, und zwar ein zentripetales Wachstumsprinzip des Favus gegeben ist. Da bisher noch bei keinen anderen Hautpilzen ein solches Wachstumsprinzip gefunden worden ist, stimme ich auch darin UNNA bei, dafs er (s. seine *Histopathologie*, pag. 382) in dem Scutulum das für alle Favuspilze pathognomonische Zeichen erkennt, wodurch diese Gruppe von Pilzen allein sicher von den Trichophytonarten abgegrenzt werden kann.

Indem ich diese Arbeit schliefse, will ich es nicht unterlassen, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Dr. UNNA für seine freundliche Anregung und Ratschläge meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Tafelerklärung.

Fig. 1. Die Hälfte eines Querschnittes eines jungen Favusscutulums. Die oberen drei Viertel zeigen gut gefärbte Hyphen, welche die abgeschnürten Sporen im Zentrum umschliefsen. Unten eine Zone von schwach gefärbten, abgestorbenen Hyphen.

Fig. 2. Stärkere Vergrößerung eines Teiles der unteren Randzone von Fig. 1, welche den Übergang der gut gefärbten in die schwer färbbaren, abgestorbenen Hyphen darstellt.

Fig. 3. Kokkenkolonien in einem Schnitte eines alten, nach aufsen aufgebrochenen Favusscutulums. Dieselben liegen hauptsächlich an der Grenze und zwischen den (rosa gefärbten) abgestorbenen Hyphen.

Fig. 4. Kolonien von Kettenbacillen, in Form vielfach verschlungener Ketten durch die absterbenden Hyphen hindurchwachsend. Die Stäbchennatur der Kettenglieder tritt in der Chromolithographie leider nicht so deutlich hervor wie in der Zeichnung, bezw. im Präparat.

Fig. 5. Leuconostoc ähnlicher, aus kugeligen Segmenten zusammengesetzter Pflanzenschleim, welcher die absterbenden Scutula streifenweise durchzieht.

Über „Chancre mixte“ sowie eine Bemerkung über FINGERs Auffassung des Ulcus molle.

Von

Dr. RUDOLF KREFTING-Christiania.

Während der von mir seit 1889 hauptsächlich auf BOECKs Klinik vorgenommenen Untersuchungen betreffs des Mikrobions bei Ulcus molle bin ich einige Male auf Fälle von Chancre mixte gestofsen, indem sich teils während, teils nach dem Zuheilen der weichen Wunden harte Schanker entwickelten.

Diese Fälle haben ihr besonderes Interesse dadurch, dafs sie besonders genau beobachtet sind, und dafs Inokulationen mit Materie von denselben zum Teil in mehreren Generationen vorgenommen wurden mit Nachweis des Ulcus-molle-Mikrobions in den Inokulationspusteln.

Diese von ROLLET aufgestellte Schankerform spielte, wie bekannt, eine bedeutende Rolle im Kampfe zwischen Unisten und Dualisten.

Anfangs der sechziger Jahre waren die französischen Syphilidologen schon einigermafsen zur Einigkeit gelangt mit Rücksicht auf die Dualität, aber es lagen doch Thatsachen und Experimente betreffs der Inokulabilität von Schanker vor, welche eine neue Erklärung verlangten.

Aus älteren Zeiten bestanden nämlich sichere Beobachtungen, welche zeigten, dafs inokulabler (reinokulabler) Schanker inficierend sein könne, gleichwie es auch den Dualisten passieren konnte, dafs Inokulation von einer inficierten Wunde ein positives Resultat ergab und weichen Schanker hervorrief.

Eine Erklärung der obengenannten Beobachtungen gab ROLLET dadurch, dafs er eine gemischte Form aufstellte, die darauf beruhen sollte, dafs Sekret von einem weichen Schanker auf dem Gebiete des inficierenden eingeimpft war, oder umgekehrt.

Diese neu aufgestellte Form wurde von den Dualisten mit Begierde ergriffen, während sie selbstredend von den Unisten auf keine Weise anerkannt werden konnte.

Unsere norwegischen, hoch angesehenen, verstorbenen unistischen Vorkämpfer, W. BOECK[1] und BIDENKAP,[2] haben in ihren Arbeiten auch

---

[1] W. BOECK, *Undersögelser angaaende Syphilis.* Christiania 1875.

[2] L. BIDENKAP, Er de Sygdomsformer, som vi hidtil have indbefattet under Benævnelsen Syphilis frembragte ved et Virus eller ved flere forskjellige. *Magasin for Lægevidenskaben.* No. 17 og 18. 1863—64.

die Frage „Chancre mixte“ berührt, haben aber denselben nicht als solchen anerkennen wollen.

Es geht jedoch deutlich aus W. Boecks und Bidenkaps Beobachtungen hervor, dafs sie Fälle von „Chancre mixte“ beobachtet und Inokulationsversuche mit Materie aus solchen angestellt, die Resultate dieser Experimente jedoch zum Vorteil der Unitätslehre verwandt haben.

Kaposi, der einzigste jetzt lebende Unist von Ansehen, scheint selbstredend auch nicht die Benennung „Chancre mixte“ anerkennen zu wollen, wenngleich es aus seiner Darstellung der Unitätslehre hervorzugehen scheint, dafs er sehr oft denselben beobachtet haben mufs. In seinem Lehrbuche „*Über Syphilis*“ sagt er nämlich in Satz vier folgendes:

„Der harte Schanker beginnt in den meisten Fällen als weicher (als Pustel ohne Inkubation), dessen Induration sich erst im Laufe der zweiten bis dritten Woche entwickelt, oft aber schon am dritten bis fünften Tage. Dieser hat in der Regel allgemeine Syphilis zur Folge.“

Falls dieser Satz buchstäblich verstanden werden soll, mufs ja nach ihm „Chancre mixte“ Regel sein, sobald ein Individuum von Syphilis angesteckt ist.

So einfach das Verhältnis zwischen weichem und hartem Schanker für die Dualisten ist, ebenso verwickelt waren die Erklärungen, die gegeben werden mufsten, um die Experimente für die Unitätslehre verwerten zu könnnen.

Ich sehe es übrigens als überflüssig an, etwas von all dem anzuführen, was als Stütze für diese Lehre in die Schranken gebracht worden, da sie jetzt wohl als für immer begraben angesehen werden mufs. Nichts ist natürlicher, als dafs diese beiden Schankerformen, die sowohl anatomisch, als auch klinisch so weit verschieden, gleichzeitig erworben oder an derselben Stelle eingeimpft werden können.

Es ist sogar denkbar, dafs das weiche Schankervirus mit seinem bekannten Mikrobion, das seine Wirkung ungefähr ohne Inkubation zeigt, den Boden für das noch unbekanten Mikrobion der Syphiliskrankheit empfänglicher macht.

Ich glaube, im Einverständnis mit allen Interessierten zu sein, wenn ich mir gleichzeitig auszusprechen erlaube, dafs es nunmehr an der Zeit sein könnte, dafs die verwirrten Kapitel über die Unitätsfrage in Kaposis im übrigen ausgezeichneten Lehrbuche jetzt umgearbeitet würden.

Es hat mich zu wiederholten Malen gewundert, wie Kritiker dieses Buches durch die Finger sehen in einer so fundamentalen Frage in einem Lehrbuche für Studierende.

Von den nachstehend mitgeteilten Fällen sind fünf auf Boecks Klinik beobachtet worden, während die anderen fünf aus meiner Privatpraxis stammen. In sämtlichen Fällen sind Probeinokulationen in mehreren

Generationen vorgenommen, sowie das Ulcus-molle-Mikrobion in den Inokulationspusteln nachgewiesen worden ist.

Aufserdem ist es einige Male vorgekommen, dafs ich Patienten mit weichen Wunden behandelt habe, die darauf die Stadt verliefsen, sich aber nach mehreren Monaten wieder einstellten mit Syphilis, indem sie eine Krankengeschichte berichteten, die auf Chancre mixte pafste.

Diesen Sommer habe ich ferner noch ein paar Fälle in meiner privaten Praxis gesehen; da ich indessen Inokulationsversuche unterlassen habe, werden diese nicht näher erwähnt.

Ich will zunächst die auf dem Reichshospital beobachteten Fälle besprechen.

1. A. L., Dienstmädchen, 18 Jahre alt, am 28. August 1891 aufgenommen.

Status praesens: Auf beiden Labien in der Nähe des Perineums sind linsengrofse und gröfsere, zum Teil nässende Papeln mit einem kleinen Substanzverlust in der Mitte (Ulcera mollia) zu sehen. In der vorderen Kommissur zeigt sich eine erbsengrofse Wunde mit unterminierten Rändern und gelblichem Boden (Ulcus molle). Keine Glandelgeschwulst. Urethritis. Von den Wunden wurden Probeinokulationen auf dem Unterleibe mit positivem Resultat vorgenommen. In den Inokulationen wurden Schankerbacillen nachgewiesen.

Giebt bestimmt an, am 8. Juli angesteckt worden zu sein.

19. September. Sowohl in der vordersten Kommissur, als auch auf der Innenseite der linken Nates, wo früher Ulcera mollia ihren Sitz gehabt haben, hat sich jetzt eine knorpelartige Infiltration gebildet (Primärsklerosen). An letztgenannter Stelle zeigt sich eine etwas erhöhte, schwammige, mehr als erbsengrofse Papel.

29. September. Papulöses Syphilid am Unterleib und an den Hüften. Auf der rechten Seite des Unterleibes, wo die Probeinokulationen mit HNO_3 destruiert wurden, haben sich scharf begrenzte Infiltrate entwickelt.

9. Januar 1892. Wegen schlechter Aufführung entlassen.

Diese Patientin ist wahrscheinlich mit Ulcera mollia, Urethritis und hartem Schanker gleichzeitig angesteckt.

Bei der Ankunft konnte Ulcera mollia und Urethritis diagnosticiert werden, während sich während des Aufenthaltes zwei Primärsklerosen entwickelten an Stellen, wo Ulcera mollia ihren Sitz gehabt hatten, jedoch nachdem sie zugeheilt waren.

2. M. E., Nähmädchen, 21 Jahre alt, am 21. Februar 1892 aufgenommen.

Status praesens: Rechtes Labium majus ödematös geschwollen und etwas induriert. Auf der inneren Fläche desselben gegen den Anus hin zeigen sich eine Reihe teils konfluierender, erbsen- bis bohnengrofser Wunden mit scharfen Rändern und vertiefter Mittelpartie. Dazwischen finden sich mehrere solche nur von der Gröfse eines Stecknadelkopfes. (Ulcera mollia).

Auf dem rechten Labium minus eine reichlich erbsengrofse Partie mit Ulcerationen von der Gröfse eines Stecknadelkopfes in der hinteren Partie (Primärsklerose, sowie Ulcera mollia). Auf dem linken Labium majus ein paar erbsengrofse indurierte Ulcerationen (Primärsklerosen). Die Inguinaldrüsen geschwollen, hart und indolent. Im übrigen keine Drüsengeschwulst. Am Truncus und an den Extremitäten makulo-papulöses Exanthem.

Probeinokulationen, mit Materie aus einigen der Schankerwunden vorgenommen,

ergaben ein positives Resultat, und Schankerbacillen konnten im Inhalt der Inokulationspusteln nachgewiesen werden. Gewöhnlicher Verlauf von Lues. Entlassen am 2. Juli 1892.

Diese Patientin hatte, wie man sieht, aufser zahlreichen Ulcera mollia auch mehrere Primärsklerosen, teils mit Ulcera mollia an denselben, gehabt.

3. A. J., Dienstmädchen, 22 Jahre alt, eingeschrieben am 8. Juni 1892.

Status praesens: Auf der Innenseite von Labium majus dextrum zeigt sich eine 1 cm lange und 1 cm breite, scharf begrenzte Wunde mit eiterinfiltriertem Boden auf einer indurierten Basis (gemischte Schankerwunde).

Auf derselben zeigen sich auch drei Papeln bis zur Gröfse einer Erbse mit einer kegelförmigen, eiterinfiltrierten Wunde in der Mitte (Ulcera mollia).

In der hinteren Kommissur zeigt sich eine triangulăre oberflächliche Wunde, umgeben von einer stark infiltrierten Zone (Primärsklerose). Zahlreiche Ulcera mollia von der Gröfse einer Erbse bis zur Gröfse einer Bohne auf den Labia minora und majora. Die Inguinaldrüsen stark geschwollen und hart, besonders auf der linken Seite, und etwas empfindlich. Aufserdem Urethritis. Es wurden Probeinokulationen auf dem Unterleibe vorgenommen mit positivem Resultat und Nachweis von Schankerbacillen im Inhalte der Inokulationspusteln. Am 4. Juli Roseola. Entlassen am 20. September.

Diese Patientin hat, wie man sieht, wenigstens zwei Sklerosen gehabt aufser zahlreichen weichen Wunden. Ob die Ansteckung zu einer bestimmten Zeit auf einmal stattgefunden hat, oder ob die drei Krankheiten zu verschiedenen Zeiten erworben worden, ist nicht aufgeklärt.

4. J. K., Typograph, 22½ Jahre alt, eingeschrieben am 10. August 1891 mit mehreren Ulcera mollia am Präputium, an der Eichel und am Frenulum. Keine Induration. Einzelne Wunden im Heilen begriffen. Eine empfindliche Drüse in der linken Seite.

Es wurden Inokulationen auf dem Unterleibe vorgenommen mit positivem Resultat in fünf Generationen mit Nachweis vom Schankerbacillus.

19. September. Die weichen Wunden längst zugeheilt; aber auf der Innenseite des Präputiums an Stelle der weichen Wunden haben sich zwei typische Sklerosen entwickelt, eine erbsengrofse und eine bohnengrofse. In den letzten acht Tagen sind die Drüsen in beiden Leisten angeschwollen und fühlen sich fast knorpelartig an.

19. Oktober. Deutliche Roseola. Entlassen am 13. Januar 1892.

Bei diesem Patienten hat man während des Aufenthaltes im Hospital beobachten können, wie zwei Sklerosen sich entwickelt haben gerade an Stellen, wo weiche Wunden eine Zeitlang vor deren Zuheilung gesessen hatten.

5. O. B., Arbeiter, 19 Jahre alt, eingeschrieben am 3. November 1891 mit Oedema praeputii und etwas Phimose. Mehrere Ulcera mollia am Präputium und an der Eichel, sowie an der Mündung der Harnröhre. In beiden Leisten etwas Drüsengeschwulst. Es wurden Probeinokulationen in zwei Generationen vorgenommen mit positivem Resultat, sowie Nachweis von Schankerbacillen.

12. Dezember. Seit einiger Zeit sind auf der Lamina interna, gegen den Rand der Stellen, wo die weichen Schanker gesessen haben, kleine, etwas turgescierende Papeln von der Gröfse eines Hanfkorns sichtbar gewesen. Diese sind in den letzten Tagen exkoriiert worden und zeigen nun das charakteristische Aussehen einer beginnenden

infizierenden Wunde. Der Boden ist rot mit spärlicher seröser Absonderung, in der Peripherie eine kleine gelbe Partie. Aufser diesen Wunden ist unter dem Collum eine kleinere ähnliche resistente Partie um die Öffnung der Harnröhre herum zu sehen (Primärsklerose).

21. Dezember. Die Wunden nicht besonders verändert.

13. Januar. Exanthem an den Extremitäten und im Gesicht. Entlassen am 30. April 1892.

Dieser Patient zeigt auch multiple Primärsklerosen, die sich während der Heilung der weichen Wunden entwickelt hatten. Es steht ausdrücklich eine Schankerwunde an der Harnröhre erwähnt, und ebendaselbst kam auch eine Sklerose.

6. Privatpatient. J. N., Handlungsgehülfe, 23 Jahre alt, erschien am 27. Oktober 1892 mit mehreren Ulcera mollia, wovon Inokulationen mit positivem Resultate vorgenommen wurden. Darauf entwickelte sich indurativ Ödem mit Phimose, Adenitis inguinum, Roseola etc. Aufserdem war er gleichzeitig mit Blennorrhoe behaftet.

7. Privatpatient. G. K., Comptorist, 25 Jahre alt, erschien am 28. Dezember 1892 mit einigen Ulcera mollia hinter der Harnröhrenmündung am Frenulum. Inokulation ergab positives Resultat, und Schankermikrobion wurde nachgewiesen.

8. Januar. Von Ulcera mollia geheilt.

15. Februar. Eine deutliche Primärsklerose am Frenulum, sowie harte Geschwulst der Leistendrüsen in der linken Seite. Roseola und gewöhnlicher Lueverlauf.

Bei diesem Patienten hatte sich nur eine Sklerose entwickelt. Die weichen Schankerwunden kamen hier auch nur an einer Stelle vor.

8. Privatpatient. O. H., Kutscher, erschien am 4. Juni 1894 mit einigen Ulcera mollia auf der Innenseite des Präputiums rechts. Heilten im Laufe von drei Wochen.

31. Juni. Eine kleine indurierte Partie, wo eine Schankerwunde gesessen hat.

10. Januar 1895. Deutliche Primärsklerose. Etwas Drüsengeschwulst in der rechten Leiste. Excision.

18. Januar. Stärkere Drüsengeschwulst in der rechten Leiste.

21. Januar. Keine Härte, wo die Excision vorgenommen worden war.

26. Januar. Deutliche Induration auf der Excisionsstelle und sehr starke Drüsengeschwulst auch in der linken Leiste.

3. Februar. Makulo-papulöses Exanthem.

In diesem Falle entwickelte sich auch nur eine Sklerose nach Heilung des weichen Schankers.

9. Privatpatient. Diener, 40 Jahre alt, erschien am 20. November 1894 mit einer Reihe von Ulcera mollia im Sulcus coronarius und einige auf der Innenseite des Präputiums. Die Wunden heilten im Laufe von 14 Tagen. Erschien am 16. Januar 1895 mit vier charakteristischen Primärsklerosen, von denen die eine die Partie um das Frenulum einnahm.

Dieser Patient war gleichzeitig mit beiden Schankerformen angesteckt und hatte vier wohl isolierte Sklerosen.

10. Privatpatient. Seemann, 23 Jahre alt, erschien am 31. Oktober 1894 mit mehreren Ulcera mollia am Präputium. Zehn Tage vorher angesteckt. Am 15. November und am 28. November waren die Wunden noch nicht zugeheilt.

16. Januar 1895. Präsentierte sich mit zwei Sklerosen an derselben Stelle, wo Ulcera mollia gesessen hatten. Etwas Adenitis inguinum.

13. März. Fortwährende Induration, sowie ein paar Wunden. Adenitis inguinum sowie Pigmentflecken nach einer verlaufenen Roseola.

Dieser Patient ist auch gleichzeitig mit beiden Schankerformen angesteckt und bekam zwei Sklerosen.

Das Vorkommen von gemischtem Schanker scheint wenigstens in Christiania nicht seltener zu sein, als dafs man als praktischer Arzt denselben stets in Erinnerung haben mufs.

Selbst wenn man das Vorhandensein von weichem Schanker konstatiert hat,[3] mufs man dem betreffenden Patienten die Möglichkeit vorhalten, mit beiden Formen von Schanker angesteckt zu sein. Man mufs annehmen, dafs die Häufigkeit von Chancre mixte, welcher das Vorhandensein von zwei verschiedenen Ansteckungsstoffen verlangt, die nichts anderes gemeinschaftlich haben, als dafs sie beide auf venerischem Wege übertragen werden, besonders von der Häufigkeit von Ulcus molle abhängt. Das letztgenannte Virus kann nämlich selbst in grofsen Städten periodenweise fast aussterben, während die Anzahl von Syphilisfällen allerdings etwas wechselt, jedoch in weit geringerem Grade.

Es ist mir aufgefallen, dafs in einer so grofsen Stadt wie Paris, wenigstens augenblicklich so selten Gelegenheit vorhanden, echte Ulcera mollia zu sehen. Infolgedessen scheinen auch die jüngsten Ärzte in einiger Unsicherheit in betreff der Diagnose zu schweben.

Während meiner Besuche in Pariser Hospitälern im vorigen, sowie in diesem Jahre konnte es z. B. geschehen, dafs ich hunderte von Primärsklerosen sah, ohne dafs ein Fall von charakteristischem Ulcus molle vorkam. Unter solchen Umständen müssen natürlich auch Chancre mixte selten vorkommen.

In Christiania ist dagegen in letzterer Zeit reichlich Gelegenheit gewesen, diese Kombination zu beobachten, indem der weniger konstante Faktor Ulcus molle in den letzten Jahren hier gut zu gedeihen scheint, gleichwie auch Syphilis etwas im Zunehmen gewesen.

In der Stadt, welche nur 175000 Einwohner hat, sind in den letzten vier Jahren durchschnittlich 300 Fälle von Ulcus molle jährlich angemeldet worden.[3] Gleichwie der weiche Schanker ausgesprochene Tendenz besitzt, multipel aufzutreten, zeigt es sich auch, dafs die Primärsklerosen bei Chancre mixte meistens multiple sind, während sonst der syphilitische Primäraffekt in der Regel nur einfach vorhanden ist.

---

[3] Da das Vorkommen von Ulcus molle wegen der kurzen Inkubation besonders von der Kontrolle beeinflufst zu sein scheint, so liegt die Erklärung dafür, dafs diese Krankheit in Christiania gut gedeiht, nahe, indem die Kontrolle im Jahre 1888 aufgehoben wurde. Nur die, welche als Quelle der Ansteckung aufgegeben werden, werden untersucht.

Die Anzahl der Sklerosen in den oben erwähnten zehn Fällen war in acht Fällen multipel, von zwei bis vier. In zwei Fällen bemerkte man nur eine einzelne Sklerose.

Im Anschluſs an diesen Artikel kann ich nicht unterlassen, Fingers sonderbare Auffassung von Ulcus molle zu berühren, indem er der Krankheit ihre Spezificität rauben zu wollen scheint.

Seitdem er in einer gröſseren Arbeit[4] in der *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1885, zu dem Hauptresultat:

„daſs weicher Schanker das Resultat von Inokulation mit gewissen Materien auf gewisse Individuen ist",

gekommen war, sieht man nicht, daſs er seine Auffassung geändert hat, selbst nicht nach der Entdeckung des Ulcus-molle-Mikrobions.

Es zeigt sich, daſs er zu dem obenerwähnten Resultat gekommen ist, gestützt teils auf Untersuchungen anderer, teils auf eigene, die beweisen sollten:

1. Der weiche Schanker ist ein Produkt von Inokulation mit syphilitischem Eiter (von syphilitischen Effloreszenzen) auf Syphilitische.

2. Er kann auch hervorgerufen werden durch Inokulation von nicht syphilitischem Eiter (Akne, Pemphigus, Lupus, Fluor albus).

3. Er ist auch die Folge von Inokulation von nicht syphilitischer Materie (Fluor albus) von einem latenten Syphilitischen auf Gesunde.

4. Der weiche Schanker ist das Produkt von Inokulation mit mannigfacher Materie auf Gesunde.

Diese Anschauungsweise würde eine traurige Verwirrung anrichten und scheint sich auch nicht auf Experimente zu stützen, die auf irgend eine Weise überzeugend sind.

Nach dieser Auffassung würde man nach Belieben Ulcus molle künstlich erzeugen können, die meist venerische Krankheit, die wir haben, z. B. mit Hülfe einer Aknepustel oder Fluor albus oder mit Hülfe irgend einer beliebigen Materie mit Suppurationsbakterien.

Auf dem Kongresse in Rom im Jahre 1894 hat Finger seine Auffassung noch weiter formiert und nennt Ulcus molle „eine lokal bleibende, oberflächliche, akute Dermatitis mit, entsprechend ihrer venerischen Natur, vorwiegender Lokalisation an den Genitalien".

Daſs hier hinsichtlich der Diagnose Miſsverständnisse vorliegen müssen, dürfte einem jeden klar sein.

Wenn Finger Ulcus molle eine oberflächliche Dermatitis nennen kann, so zeigt das schon deutlich, daſs er es mit der Diagnose Ulcus molle nicht so genau nehmen kann, welches sowohl klinisch, als auch

[4] Die Diagnose der syphilitischen Initialsklerose und der kontagiösen Hellkose.

anatomisch eine so wohl begrenzte Krankheit ist, deren Tendenz zu progressiver Nekrose des Gewebes bereits vom Beginne der Krankheit an so charakteristisch ist. Die Krankheit kann somit in keinem Stadium eine oberflächliche Dermatitis genannt werden.

Wenn man dagegen, wie Finger auf dem Kongresse zu Rom, Ulcus molle als das Resultat der Wirkung der verschiedenen pyogenen Mikrobien bezeichnet, läfst es sich auch verstehen, dafs die Krankheit eine oberflächliche Dermatitis genannt werden kann.

Ich habe auch Gelegenheit gehabt, verschiedentlich mit Inokulation von verschiedener Materie zu experimentieren, besonders von phimotischen Präputialsäcken (zum Teil mit Primärsklerosen), wie auch mit anderem Eiter und habe auch auf diese Weise ab und zu Pusteln hervorrufen können, die zuweilen weiter inokuliert werden konnten in ein paar Generationen.

Die auf solche Weise hervorgerufenen Pusteln, die gewöhnlich Stäbchenbakterien und Staphylokoken enthalten, trocknen von selbst schnell ein, während man darauf achten mufs, Probeinokulationen mit Ulcus-molle-virus sehr energisch und oft zu wiederholten Malen zu ätzen, wenn man vermeiden will, dafs sich grofse und tiefe Schankerwunden entwickeln. Zuweilen trotzen sie der energischsten Ätzung.

Eine längere Bekämpfung eines Standpunktes, wie Finger ihn einnimmt, scheint mir überflüssig, ebensowenig wie es mir bekannt ist, dafs irgend ein Forscher seine Ansichten teilt.

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Verbrennungen ersten und zweiten Grades mit Ichthyol.

Von

Dr. Leo Leistikow.

Von den zahlreichen, gegen Hautverbrennung empfohlenen Mitteln hat sich mir in den letzten sechs Jahren in der Praxis das Ichthyol am besten bewährt. In erster Linie ist die aufserordentlich schmerzstillende Wirkung des Ichthyols zu nennen, welche sofort nach der Applikation eintritt und auch dauernd anhält. Leichte, oberflächliche Verbrennungen der Haut mit Rötung derselben und geringem Ödem heilen fast spontan bei Ichthyolapplikation, indem die kongestive Hyperämie unter Desquamation der Hornschicht verschwindet. Aber auch die Ver-

brennungen zweiten Grades mit Blasenbildung, selbst wenn sie ausgedehnte Flächen betreffen, werden durch Ichthyol aufs günstigste beeinflußt, besonders dann, wenn die Blasendecke vorher angestochen wird. Schon bei der erstmaligen Anwendung schwindet das Ödem, die Hyperämie nimmt ab und die Epithelregeneration beginnt sofort unter Desquamation oder Sequestration etwaiger Brandschorfbildungen. Besonders die Überhornung vollzieht sich viel schneller, als bei Anwendung anderer Mittel, wie z. B. von Jodoform.

Die Art der Applikation ist besonders wichtig. Wohl keines unserer neueren dermatotherapeutischen Mittel zeigt eine solche Mannigfaltigkeit der Applikationsweise wie das Ichthyol. In der täglichen Praxis verordnen wir bald das Mittel in Puderform, bald als feuchten Verband, bald als eintrocknenden Firnis, als Kollodium, als Salbenmull, Pflastermull, Salbe und Paste. Als besonders zweckmäßig empfehle ich bei Verbrennungen das Ichthyol als Puder, als weiche Paste oder als Salbenmull.

Der Salbenmull wird am besten als Zinkichthyolsalbenmull verordnet und eignet sich besonders bei umschriebenen Verbrennungen ersten und zweiten Grades, zumal wenn sie das Gesicht und die Extremitätenenden betreffen. Der Verbandwechsel hat am richtigsten alle 24 Stunden zu erfolgen. Die Puderform ist besonders bei ausgedehnten Verbrennungen ersten Grades am Platze, man muß nur dafür Sorge tragen, daß der Ichthyolpuder dick und häufig aufgetragen wird.

Die weiche Paste leistet besonders bei ausgedehnten Verbrennungen zweiten Grades hervorragende Dienste und kann auch bei reichlich vorhandenen entzündlichen Erscheinungen mit der Puderbehandlung kombiniert werden. Im letzteren Falle wird der Puder zunächst dick aufgetragen, darüber kommt sodann die Pasteneinreibung in zweiter Linie.

Der Beiersdorfsche Zinkichthyolsalbenmull ist von allen der beste.

Als Puder empfehle ich Zinc. oxydat. 20,0, Magn. carbonic. 10,0, Ichthyol 1—2,0.

Als Paste empfehle ich Calcar. carbonic. 10,0, Zinc. oxydat. 5,0, Amyli 10,0, Ol. Zinc. 10,0, Aq. Calcis 10,0, Ichthyol 1—3,0.

Versammlungen.

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXIV. Kongrefs (1895).

(*Centralbl. f. Chir.* 1895. No. 27 u. 28.)

Die Diagnose der Syphilome; wie lassen sich die syphilitischen Sarkome und Lymphome anatomisch und klinisch von anderen Sarkomen und Lymphomen unterscheiden? von v. Esmarch. v. E. hat öfter Geschwülste gesehen, die anfangs für bösartig gehalten wurden, sich schliefslich aber als unzweifelhaft syphilitisch herausstellten. In noch viel mehr Fällen finden sich Tumoren, die er als verdächtig bezeichnen möchte, unter anderen Geschwülste in den willkürlichen Muskeln, Pagets recurring fibroid tumors etc. etc. Oft bietet das makroskopische oder mikroskopische Bild Stützpunkte für die Diagnose, manchmal auch nicht. Da wir nun noch kein zweifelloses Kriterium für die syphilitische Ätiologie haben, möchte v. E. die Diskussion hierüber anregen. König ist der Ansicht, dafs Gelegenheit zu Irrtümern nicht so häufig vorkomme, als wünschenswert ist; allerdings sieht er in Göttingen nicht so viele Fälle von syphilitischen Tumoren, wie v. E. an der See. Manche tiefe Ulcerationen mit massenhafter Gewebsproliferation, z. B. im Gesicht, die unzweifelhaft syphilitisch sind, heilen allerdings auch bei spezifischer Behandlung nicht. Rose sah besonders in der Schweiz oft Geschwülste auf syphilitischer Basis als Zeichen von Lues hereditaria tarda. F. Krause findet ebenfalls an der Küste (Altona) viel mehr schwere Fälle von Syphilis, als im Binnenlande, besonders bei Leuten, die sich in den Tropen infiziert haben. Eine ältere Frau, anscheinend mit einem Sarkom des Oberkiefers, wurde durch Jodkalium geheilt. v. Esmarch sah schwere Syphilis nicht allein aus den Tropen, sondern auch aus Schweden kommen. Die Heilwirkung des Jodkaliums tritt oft erst nach Wochen ein. Lindner erklärt aus der nicht diagnostischen Syphilis manche Wunderkur der Homöopathen; so sah er eine Frau, der wegen „Sarkoms" des Oberkiefers von zwei Chirurgen Resektion geraten war, unter der Behandlung eines solchen Künstlers geheilt werden. v. Esmarch betont, dafs manche syphilitische Geschwülste spontan verschwinden.

Über Blasentumoren bei Fuchsinarbeitern, von Rehn. Vortragender sah bei drei Arbeitern in einer Anilinfabrik Tumoren der Blase, deren Entstehung er auf die chemischen Reize zurückführt, und zwar führt die Einatmung von Anilindämpfen im Harnapparat solche herbei. Zweimal handelte es sich um Papillome, die nach Sectio alta entfernt wurden; im dritten Falle lag ein schildförmiges Sarkom vor, das durch Resektion unter Wegnahme des Ureterendes entfernt wurde. Tod am Recidiv. Gluck hat an Tieren die Totalextirpation der Blase demonstriert und die Harnleiter in Blase oder Mastdarm eingenäht. Lindner hat einmal wegen Carcinoms die Blase exstirpiert und die Harnleiter in die Harnröhre eingenäht. Trendelenburg hält Tierversuche nicht für mafsgebend.

Trendelenburg berichtet über **Operationen an der Harnblase.** In zwei Fällen von Blasenklappe machte er den hohen Steinschnitt, durchtrennte die das Orificium internum verlegende, ca. 1 cm hohe Schleimhautfalte in sagittaler Richtung und vernähte quer. Heilung. In einem Fall von Blasen- und Nierentuberkulose machte er nacheinander Operationen: 1. Exstirpation der Urethra und eines Teiles der Blase, 2. Exstirpation der einen tuberkulösen Niere, 3. Exstirpation des Restes der Blase und

Einpflanzung des Ureters in die Flexura sigmoidea. Jetzt geht es der Patientin leidlich, doch besteht Tuberkulose des Peritoneums.

Wölfler berichtet über **abnorme Ausmündungen der Ureteren.** Der blasenförmig erweiterte Ureter mündete ins Vestibulum und bedingte Harnträufeln. Mittelst eines der Dupuytrenschen Darmklemme ähnlichen Instruments wurde eine Kommunikation zwischen Blase und Ureter hergestellt und später die durch Dehnung des Sphinkters entstandene Inkontinenz durch Drehung der Harnröhre nach Gersuny beseitigt.

Heilung der Hypertrophie der Prostata mittelst Durchschneidung und Ligatur des Samenstranges, von Isnardi. An Stelle der von Ramm zur Heilung der Prostatahypertrophie vorgeschlagenen Kastration empfiehlt Verfasser als kleine leicht auszuführende Operation die Durchschneidung und Ligierung des Samenstranges. Die Beschwerden gingen in einem so behandelten Falle gut zurück. Der Hoden schrumpfte, der Nebenhoden verhärtete sich, wie nach einer blennorrhoischen Epididymitis.

F. Hahn-Bremen.

Aus den Verhandlungen der Anatomischen Gesellschaft (IX. Kongreſs) zu Basel.

April 1895.

(*Anat. Anz.*, Erg.-Hft. z. X. Bd. 1895.)

F. Merkel teilt zur **Histogenese des Bindegewebes** mit, daſs er die Ansicht Flemmings und Grawitz' nicht teilen kann, nach welcher die Fibrillen als Produkte der fixen Bindegewebszellen, aus ihrem Protoplasma entstehend, anzusehen sind. Er untersuchte Nabelschnur und Fingersehnen junger menschlicher Embryonen. In ersterer fand er Zellen, in deren Maschen Gallertgewebe lag; in diesem Gallertgewebe traten, unabhängig von den Zellen, Fibrillen auf. Ebenso lagen in den Sehnen Fibrillen und Zellen nebeneinander, ohne eine Andeutung des Übergangs der Zellen in Fibrillen.

Über die Entwickelung von Harnblase, Harnröhre und Damm beim Menschen, von Keibel. Vortragender erläutert an einer Reihe von Plattenmodellen, die er nach Embryonen der Hisschen Sammlung konstruiert hat, seine Ansicht von der Entstehung der Harnblase, Harnröhre und des Damms und zeigt, daſs wenigstens der untere Teil der Blase nicht aus der Allantois, sondern aus der entodermalen Kloake seinen Ursprung nimmt.

F. Hahn-Bremen.

Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin.

Sitzung vom 13. Juni 1895.

(*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 51.)

Über zwei Variolafälle berichtet Wassermann. Eine 20jährige Italienerin und ihre zweijährige Nichte erkrankten an Variola, erstere sehr leicht — sie war vor 17 Jahren geimpft worden —, letztere sehr schwer — sie war ungeimpft. Die bakteriologische Untersuchung ergab, daſs der Inhalt der Pockenblasen absolut steril ist; von anderen gefundene Kokken müssen wohl sekundäre Beimengungen sein. Anders ist es mit der Vaccinepustel, die stets Kokken enthält. Konstant findet man auch Streptokokken bei der Variola haemorrhagica, die eine Mischinfektion ist. Die Befunde von Buttersack kann er nicht bestätigen, das Netzwerk hat er nicht gefunden, und die Kügelchen sind nichts anderes als Fettkörnchen. Die Therapie muſs erstreben, die Pusteln steril zu erhalten, damit nicht das Krankheitsbild durch Sekundärinfektion einen septischen Charakter bekomme. Es werden alle Pocken mit einer auf Kompressen gestrichenen Paste von Argentum nitricum bedeckt, und alle bis auf zwei, wo das Kind doch gekratzt hatte, heilten ohne Narben.

Die Übertragung war in beiden Fällen vermittelt worden durch eine Frau, welche aus Italien kam und dort ein variolakrankes Kind auf den Armen getragen hatte.

In der Diskussion wird von mehreren Seiten betont, dafs die Narbenbildung bei Pockenkranken durch Schutz gegen sekundäre Schädlichkeiten verhütet werden kann Burchhardt berichtet einen Fall, bei dem ein Arzt die eine Gesichtshälfte mit Emplastrum mercuriale belegt hatte; diese heilte ohne Narben, die andere mit solchen. Das bewirkte eine Entstellung, wegen welcher die Patientin mit Erfolg klagbar wurde.

Syphilisfälle demonstriert Reinhardt. Zunächst zwei Fälle mit pustulösem Syphilid im Sekundärstadium, Borken-, Geschwürsbildung. Heilung unter Argentum nitricum. Hg und Jod helfen nichts und brachten die Kranken herunter. Sodann zwei Fälle mit luetischen Stenosen im Pharynx. Der eine zeigte früher ein pustulöses Syphilid, Leber-, Milzschwellung, Albuminurie und wurde spezifisch behandelt. Bei beiden Fällen ist der Pharynxverschlufs kein absoluter, der eine hat daneben, gewissermafsen als Kompensation, ein Loch im harten Gaumen.

Briegr empfiehlt bei heruntergekommenen Individuen roborierende Diät und Schwitzkuren. Rupia, ein Ausdruck bestehender Kachexie, heilt nie auf Hg und Jod. Burchhardt und Lohr haben auch bei Rupia luetica durch grofse Dosen Hg und Jodkalium (3 — 4 — 10 g pro die) Heilung erzielt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

British Medical Association.

Jahresversammlung, abgehalten zu London vom 30. Juli bis 3. August 1895.

Sektion für Dermatologie.

(*Brit. Journ. of Derm.* September 1895.)

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung mit einem kurzen Rückblick auf die Fortschritte, welche die Dermatologie gemacht habe. Die dermatologische Sektion habe sich vor 16 Jahren auf der Versammlung in Dublin konstituiert und sei seitdem eine der bedeutungsvollsten und erfolgreichsten der medizinischen Disziplinen geworden. Redner weist auf die aufserordentlich günstige Gelegenheit hin, die sich in London für das Studium der Hautkrankheiten bietet. Er bedaure nur, dafs das ungeheure und unschätzbare Krankenmaterial wegen des in London herrschenden Dezentralisationssystems sich auf verschiedene Krankenhäuser verteile und deshalb nicht namentlich im Auslande denjenigen Eindruck mache, den es in Wirklichkeit verdiente.

Dr. McCall Anderson-Glasgow eröffnet die Diskussion über **die Pathologie und Therapie des Pruritus.** Die Teile des Nervenapparates der Haut, welche besonders mit der Juckempfindung in Beziehung zu bringen sind, sind nach der Ansicht des Redners folgende: 1. die freien Nervenendigungen in der Epidermis; 2. die kleinen Zellgruppen, welche mit den Nervenfäden verknüpft sind und in den tieferen Epidermis- oder oberen Cutisschichten liegen; 3. jedes Haar, wegen seiner feinen markhaltigen Nervenfasern. Es ist sehr wahrscheinlich, dafs Reizung der Haare Jucken verursachen kann. Weshalb aber in einzelnen Hautkrankheiten das Jucken so intensiv ist, in anderen ganz fehlt, weshalb es beispielsweise in frühen Stadien der Syphilis abwesend, in späten vorhanden ist, vermag Redner nicht zu sagen. Es werden im folgenden einige der hervorstechendsten Ursachen des Juckreizes, sodann die Therapie besprochen.

Dr. Brooke-Manchester teilt die verschiedenen ursächlichen Faktoren, welche mit dem Jucken in Zusammenhang stehen, in zwei Hauptgruppen: A) Die innere Gruppe umfafst diejenigen Faktoren, welche innerhalb des Körpers wirken und in der Peripherie Jucken verursachen. Hierher gehören alle nervösen Einflüsse direkter und reflektorischer Art, die toxischen Substanzen, welche im Blute gebildet und im Blute zirkulieren, wie bei Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Gelbsucht etc., ferner verschiedene Medikamente und Nahrungsmittel, welche mit dem Jucken vielfach auch

Eruptionen auf der Haut veranlassen. In dieselbe Gruppe reiht der Redner auch den mechanischen Druck und abnorme Sekretionen der Haut ein, welche Jucken verursachen. B) Die äufsere Gruppe: 1. Lokale Hautkrankheiten; 2. Hautparasiten; 3. Reize physikalischer und chemischer Natur. Die einzelnen Punkte werden vom Redner ausführlich besprochen.

Diskussion.

Dr. Eddowes erzählt einen Fall von **Reflexjucken.** Mehrere Mitglieder teilen ihre Erfahrungen mit, die sie mit verschiedenen antipruritischen Mitteln gemacht haben. Dr. Barendt z. B. empfiehlt gegen das universelle Jucken fünfminutenlanges Einreiben der Glieder mit schwach prozentigem Karbolöl.

Dr. Patrick Manson spricht **über einige wenig verstandene Phasen in der Lebensgeschichte des Guinea-Wurmes.** Der reife Wurm, von dem nur das Weibchen bekannt ist, besteht hauptsächlich aus einem muskulo-kutanen Cylinder, der einen zarten, mit Millionen von langgeschwänzten Embryonen erfüllten Uterus einschliefst. Redner giebt eine ausführliche Beschreibung des Parasiten. Wer von den Lesern den Guinea-Wurm genauer kennen lernen will, dem empfehlen wir, den Vortrag in extenso durchzusehen.

Dr. Galloway spricht **über die Natur und die Veranlassung der Hauteruptionen, welche im Gefolge von Nervenkrankheiten auftreten.** Redner beschränkt sein Thema auf diejenigen Läsionen, welche in Verbindung mit der Syringomyelie vorkommen. Als Grundlage der vorliegenden Betrachtungen dienen fünf Krankengeschichten, von denen Fall 1 einen 45jährigen Mann betraf, der seit fünf Jahren in der Beobachtung des Vortragenden stand. Der Patient hatte eine deutlich ausgesprochene Kypho-Skoliose, litt in den letzten Jahren an einer Muskelschwäche, verbunden mit Muskelatrophie, besonders der rechten Hand, wodurch er nach und nach die Fähigkeit zu arbeiten verlor. Die Hautsensibilität wurde sorgfältig geprüft und dabei gewisse Störungen wahrgenommen, die hauptsächlich die rechte Seite des Stammes und der Extremitäten betraf. Während das Tast- und Muskelgefühl intakt waren, war die Schmerzempfindung und der Temperatursinn stark herabgesetzt, stellenweise fehlten sie ganz. Diese Störungen haben stetig zugenommen, gegenwärtig ist die ganze rechte Seite für alle Empfindungsarten anästhetisch. Auch die linke Körperhälfte zeigt bereits ähnliche Störungen. Im Laufe der Nervenkrankheit trat ein passives Ödem, namentlich auf den rechten Extremitäten, auf. Die rechte Hand ist gröfser als normal, der Kopf erscheint für den Körper zu grofs. Gleichzeitig wurde die Haut dick, runzelig und zeigte Neigung zu Ulcerationen. Diese Ulcerationen und gelegentlichen Blasenbildungen scheinen jedoch in allen Fällen die Folge von mechanischen oder thermischen Insulten zu sein, da der unempfindliche Zustand der Hautstellen höchstens durch den Gesichtssinn dem Patienten erst zur Kenntnis bringt.

Die Hauterscheinungen, welche im Gefolge der Syringomyelie auftreten, rubriciert Vortragender unter zwei Klassen: 1. Mangelhafte Ernährung der Haut hat zur Folge Atrophie des subkutanen Gewebes und des Epithels, oder das Gegenteil, eine Hypertrophie mit Neigung zu Rissen, Ulcerationen etc. 2. Irritative zentrale Läsionen. Hierher gehören gewisse Varietäten des Ekzems, namentlich vom trockenen und desquamativen Typus, Varietäten des Erythemas und der Urticaria und besonders zahlreiche vesikulöse Ausschläge von ziemlich unbestimmtem Charakter. Wahrer Herpes war eine seltene Erscheinung im Verlaufe der Krankheit.

Indem Vortragender die Hauteruptionen mit der Morvanschen Krankheit in einen ursächlichen Zusammenhang zu bringen sucht, gelangt er zu der Ansicht, dafs wahrscheinlich ein solcher nicht existiere, sondern dafs die vesikulösen und bullösen Ausschläge lokalen Ursachen, besonders der Wirkung von eiterproducierenden Mikro-

organismen zuzuschreiben seien, die teils normalerweise dort existieren oder zufällig durch Nachlässigkeit, Unsauberkeit etc. dort eingeführt worden seien. Diese Organismen wirkten dann auf eine entweder durch schlechte Ernährung oder durch besondere krankhafte Veränderungen der Nerven geschwächte Haut ein und riefen nach der Ansicht des Redners die meisten Eruptionen von der vesiko-bullösen Varietät und die Verstümmelungen der Extremitäten, wie sie bei der Morvanschen Krankheit beschrieben und irritativen Veränderungen im Zentralnervensystem zugeschoben werden, hervor.

Dr. Savill fragt, wie die Anwesenheit von Blasen und Pusteln erklärt werden könnte, wenn sie eher auf lokale Eiterinfektion, als auf trophoneurotische Einflüsse zurückgeführt werden.

Dr. Galloway erwidert, dafs Patienten mit Verlust der Sensibilität sehr zu lokalen Verletzungen neigen, und dafs das Wachstum von Mikroorganismen in den Geweben begünstigt würde durch den Mangel jeder Kontrole über die ergriffenen Partien seitens der zugehörigen Nerven. *C. Berliner-Aachen.*

Aus der neunten Jahresversammlung der American Association of Genito-urinary Surgeons.

(Nach dem *Med. News.* 22. Juni 1895 und 29. Juni 1895.)

W. N. Wishard berichtete über **drei interessante Fälle von Epitheliom des Penis**; bei dem einen Patienten sind seit der Operation mehr als vier Jahre ohne Recidiv vergangen. Redner hält die Entfernung der Testikel für wesentlich bei diesen Fällen.

Desgleichen sprach A. T. Cabot ausführlich über einen Fall von **Carcinom der Urethra.** Es handelte sich um einen älteren Mann, der vor vielen Jahren Blennorrhoe und später einen perinealen Abceſs gehabt hatte. Seit einem Jahre hatte er Schwierigkeiten beim Urinieren gehabt, und es trat am Perineum wiederum eine Schwellung auf, wobei die Urethra schliefslich vollständig verlegt wurde. Ausgedehnte Incisionen entleerten reichlichen Eiter, und schliefslich wurde ein von der Schleimhaut der Urethra ausgehendes, inoperables Cylinderzellen-Carcinom nachgewiesen. C. hat in der Litteratur nur fünf ähnliche Fälle nachweisen können.

Dr. Fuller hat auch einen Fall von Harnröhrencarcinom beobachtet, doch war der primäre Ursprung desselben nicht genau zu bestimmen. Dr. Bryson berichtete über zwei offenbar von der Fossa navicularis ausgegangene Krebse.

Ferner sprach Bryson über **27 Prostatamyomektomien**, welche nach Sectio alta ausgeführt wurden. Wenn man drei Fälle, welche füglich nicht mitgerechnet werden können, da die Todesursache Pyelonephritis, resp. Hämorrhagie von der sarkomatös entarteten Prostata war, ausschaltet, ergab die Operation eine Mortalität von 16,6%. Indessen ist auch diese Ziffer eigentlich zu hoch gegriffen, denn viele der Operationen datieren aus früherer Zeit, als das Verfahren sozusagen noch in den Kinderschuhen steckte. Dreizehn Mal wurde eine radikale Heilung erzielt, zweimal war der Erfolg vollständig negativ.

E. Fuller berichtete über **eine Reihe von sechs erfolgreichen Prostatektomien** und beschrieb die Technik der Operation. Nach vollständiger Enukleation der Geschwulst in der gewöhnlichen Weise legt er einen Perinealschnitt behufs Drainage der Blase an und schliefst dann den hohen Blasenschnitt und die Bauchwunde bis auf eine kleine Drainageöffnung durch exakte Naht.

Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie; viermonatliche Beobachtung, von J. P. Bryson. (Auch im *New York med. Journ.* 3. August 1895 mitgeteilt.) Ein 74jähriger Ökonom, der seit seinem 56. Jahr entschiedene Symptome

der Prostatavergrößerung und Blasenschwäche dargeboten hatte, wurde wegen Zunahme seiner Beschwerden im Hospital aufgenommen. Trotz geeigneter Behandlung trat keine Besserung ein, und Patient entschloſs sich deshalb, sich der Kastration zu unterziehen, da er seit zwei Jahren ein vollständiges Aufhören der sexuellen Funktionen bemerkt hatte. Unter Kokainanästhesie ging die Operation gut von statten. Vier Monate später war die Prostata, welche ursprünglich dreimal so groſs wie normal gewesen war, bis zur Größe einer Kastanie geschrumpft, und die Länge der Pars prostatica urethrae war von 2¼ Zoll auf 1 Zoll zurückgegangen. Letztere Maſsbestimmung wurde in der Weise angestellt, daſs ein ziemlich fester Katheter mit einer einzigen Öffnung an der Spitze in die Harnröhre eingeführt wurde, bis der Urin zu flieſsen anfing. Indem man dann bis zum Aufhören des Abflusses das Instrument vorzog, wurde das Orificium internum urethrae gefunden, und der ins Rectum eingeführte Finger gab durch Umgreifen der Drüse die Gesamtgröſse an.

Eine Besserung der bestehenden Cystitis und Pyelonephritis war nicht erzielt worden.

J. W. White folgte mit einem ausführlichen Bericht über **die Resultate der Behandlung der Prostatahypertrophie.** (Ist bereits referiert.)

J. C. Burnett besprach einen Fall von **frühzeitigem Verschluſs der Ductus ejaculatorii.** Es handelte sich um einen 35jährigen Mann, der im fünften Lebensjahre wegen Blasensteins mittelst linksseitigen Perinealschnitts operiert worden war. Die Samenbläschen waren vom Rectum aus nicht zu fühlen, und die Prostata war sehr klein und unentwickelt. Die äuſseren Genitalien waren normal, und Patient behauptete normal koitieren zu können, nur fehle der Samenerguſs; hinterher habe er aber stets einen bis zwei Tage lang Schmerzen an den Hoden.

Hayden schilderte einen Fall von Prostatahypertrophie mit wesentlicher Besserung nach Kastration.

A. T. Cabot hat das Auftreten einer akuten Manie bei einem 75jährigen Manne nach dieser Operation gesehen; Injektionen von Testikulin hatten eine sehr günstige Wirkung. Im allgemeinen ist aber C. nicht sehr sanguinisch betreffs des Whitteschen Verfahrens. In letzterer Ansicht schlieſsen sich Bell und Belfield dem Vorredner an. Ersterer hat zwei allerdings sehr alte Männer nach der Operation verloren, ohne daſs die Autopsie eine bestimmte Todesursache erkennen lieſs.

Auſser einigen kleineren Mitteilungen und Demonstrationen wurde von G. Chismore berichtet über einen Fall von **traumatischer Zerreiſsung der Urethra mit Wiederherstellung nach 36 Jahren.** Der 42jährige Patient hatte sich im sechsten Lebensjahre den Penis dicht am Scrotum abgebunden, um nächtliche Enuresis zu verhüten. Das Corpus spongiosum, die Urethra und die untere Hälfte der Corpora cavernosa penis waren durchtrennt. In früheren Jahren waren einige vergebliche Versuche zur Wiedervereinigung gemacht worden. Schlieſslich erzielte C. ein vollkommen ideales Resultat. *Philippi-Remscheid.*

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band II. Heft 5. 1895.

I. **Die Schilddrüsenbehandlung bei Myxödem und verschiedenen Hautkrankheiten,** von J. P. zum Busch-London. Verfasser hat seit längerer Zeit an sehr

zahlreichen Patienten Versuche mit Thyreoidin angestellt. Die Kranken erhielten meist mehrere Male täglich Tabletten zu 0,3, angefertigt von der Firma Burroughs, Wellcome & Co. Zwei gesunde Männer, denen das Mittel längere Zeit hindurch verabreicht wurde, zeigten keinerlei Wirkung. Dagegen wurde bei Hautkrankheiten besonders im Beginne der Behandlung eine beträchtliche Gewichtsabnahme, bedeutende Vermehrung der Urinmenge und der Harnstoffausscheidung, erhöhte Pulsfrequenz festgestellt. Unangenehme Nebenwirkungen traten nicht häufig auf und bestanden zumeist in Pulsbeschleunigung, Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schwächegefühl und Zittern in den Extremitäten, sowie starken Schweifsausbrüchen. Nur äufserst selten traten Verdauungsstörungen auf.

Mit dem Mittel wurden fünf Fälle von Myxödem behandelt, deren Krankengeschichten im folgenden ausführlich mitgeteilt werden. Vier der Krankheitsfälle betrafen Frauen in den mittleren Lebensjahren. Sie wurden sämtlich in kurzer Zeit von einem äufserst schweren, zur Verblödung führenden Leiden befreit und ihrer Arbeit und Familie zurückgegeben. Fall 5, der ein 21jähriges Dienstmädchen betraf, hatte ursprünglich Morbus Basedowii. Derselbe verschwand unter der Behandlung; dafür entwickelte sich aber ein Myxödem, das nach längerer Zeit unter Schilddrüsentabletten sich wieder besserte. Verfasser bespricht die Beziehungen des Morbus Basedowii zum Myxödem. Beide Krankheiten stehen sich in ihren Hauptsymptomen, wie Möbius hervorgehoben hat, diametral gegenüber. Die Erscheinungen des Morbus Basedowii beruhen nach Möbius auf einer Hypersekretion, die des Myxödems auf fehlender Sekretion der Schilddrüse. Der bei der Thyreoidinverfütterung zuweilen beobachtete Thyreoidismus zeigt gleiche Symptome, wie der Morbus Basedowii, und zwar Pulsbeschleunigung, Verdünnung der Haut, Hitzegefühl und abnorme Schweifssekretion, gesteigerte Nervenerregung, während bei Myxödem Pulsverlangsamung, Verdickung der Haut, Kältegefühl, Trockenheit der Haut bei herabgesetzter Nervenerregung und psychischer Schwäche beobachtet werden.

Von 24 mit dem Mittel behandelten Psoriasisfällen wurden 11 als geheilt, 7 in gebessertem Zustande entlassen. Bei 6 Fällen rief das Thyreoidin selbst in grofsen Dosen keinen Einfluſs auf die Affektion hervor.

Von 12 Ekzemfällen wurden unter der Thyreoidbehandlung 9 geheilt, 2 gebessert, 1 schlecht beeinfluſst. Ein Fall von Ichthyosis wurde wesentlich besser, das Jucken verschwand, die Haut wurde an vielen Stellen glatt und geschmeidig. Zwei Kankroide und 3 Fälle von Ulcus cruris zeigten trotz längerer Behandlung keine Veränderungen, während in 4 Fällen von Lupus vulgaris eine deutliche, lokale Reaktion durch das Thyreoidin hervorgerufen wurde, und zwar traten unter Erscheinungen, die denen bei dem Kochschen Verfahren ähnlich, aber milder verliefen, bestimmte Heilungen einzelner Knötchen ein.

Auf Grund seiner Beobachtungen zieht der Verfasser den Schluſs, daſs das Thyreoidin ein aufserordentlich wirksames Mittel nicht nur bei Myxödem, sondern auch bei vielen Hautkrankheiten ist, und daſs es oft noch in Fällen hilft, in denen andere Methoden im Stiche gelassen haben. Das Mittel ist, wenn vorsichtig gegeben, durchaus nicht gefährlicher, als Arsenik oder zahlreiche unserer anderen Heilmittel.

II. **Zur Behandlung des Ulcus molle**, von E. Feibes-Aachen. Verfasser bespricht zunächst die Methoden, wie sie Vidal, Latouche, Petersen u. a. bei der Behandlung des Ulcus molle geübt haben, und teilt sodann sein eigenes Verfahren mit, das ihn niemals im Stiche gelassen hat. Der Schanker wird nach gründlicher Waschung mit 1‰ Sublimat ausgekratzt, Gewebsfetzen und unterminierte Ränder vorsichtig mit der gebogenen Schere abgetragen. Die eintretende Blutung ist meist gering, und man kann sie ganz vermeiden, wenn man unter Blutleere arbeitet. Die

Blutung wird durch Kompression mit Watte gestillt, die Wundfläche mit einer ausreichend starken Kokainlösung anästhesiert, noch einmal gut abgetrocknet und dann mit einer Angererschen Sublimatpastille gründlich eingerieben; hierauf Abtupfen mit Watte und Bedecken der Wunde mit einem indifferenten Fett, etwas Unguentum leniens. Die Wunde nimmt nach dieser Behandlung ein granuliches Aussehen an, es bildet sich bald ein fest anhaftender Schorf. Einige Stunden nach der Operation wird die Stelle dick mit der von Frick empfohlenen Salbe bestrichen, die folgende Formel hat:

℞ *Arg. nitr.*	0,2—0,5
Bals. Peruv.	4,0
Ung. Zinci Wilson.	15,0

Der Verband wird alle 3—4 Stunden erneuert. Meistens schon am ersten, selten am zweiten oder dritten Tage stößt sich der Ätzschorf ab, und man hat eine reine, gut granulierende Wunde vor sich, die unter derselben Salbe rasch abheilt.

Verfasser illustriert das Gesagte durch die Mitteilung dreier Krankengeschichten.

III. **Therapeutische Erfahrungen mit dem Thiol**, von J. Heller-Berlin. Vortrag, gehalten in der Berliner dermatologischen Vereinigung am 11. Juni 1895. Vergl. Referat Bd. XXI. S. 122.)

IV. **Über Elephantiasis vulvae**, von M. Schreiber-Berlin. Vortrag ebenda. (Vergl. Referat ibidem S. 129.)

V. **Über Naevus verrucosus**, von P. Meissner-Berlin. Vortrag ebenda. (Vergl. Referat ibidem S. 129.)

VI. **Kleine Mitteilungen**, von O. Lassar-Berlin.

1. Über Rhinophyma. Fälle von Rhinophyma kommen dem Chirurgen wahrscheinlich häufiger als dem Dermatologen zu Gesichte. Verfasser hat während seiner Thätigkeit nicht mehr als fünf Fälle in Behandlung gehabt, die sämtlich Männer in reiferen Jahren betrafen. Es werden jedoch auch Frauen befallen.

Die Behandlung bestand in dem einen der abgebildeten Fälle in operativer Beseitigung der Geschwulstknoten. Die Überhäutung ging dann unter einem einzigen Jodoform-Schorfverband in etwa zehn Tagen vor sich. In dem zweiten Falle wurden nach Fortnahme der Exkrescenzen Thierschsche Transplantationen aufgelegt und das Ganze ohne Verband unter Jodoformkollodium zur Abheilung gebracht.

Was die pathologische Anatomie des Rhinophyms betrifft, so handelt es sich in allen Fällen um die Form eines Cyst-Adenofibroma, um eine gutartige homoplastische Tumorenbildung ohne jede wuchernde Beteiligung des deckenden Epithels. Man muß annehmen, daß irgend ein bis jetzt unbekannter Reiz in den Talgdrüsen die Hypersekretion derselben und damit die cystische Ausweitung anregt. An die Drüsenhypertrophie schließt sich peripher die Hypertrophie des Bindegewebes an, durch welche im weiteren Verlaufe das Drüsenparenchym nach und nach verdrängt wird. Wahrscheinlich wegen des großen Gefäßreichtums bleiben die Bindegewebsbildungen weich, zart, succulent und ohne jede Tendenz, in narbige Retraktion überzugehen. Werden die gewucherten Rindenpartien entfernt, so kommt der ganze Prozeß zum Stillstand. Recidive treten niemals auf.

Verfasser beschreibt ausführlich das histologische Bild des Rhinophyms. Alle mit demselben behafteten Patienten zeichnen sich auch sonst durch ungewöhnlich weites Kaliber ihrer Drüsenmündungen, resp. durch große Poren aus. Heredität spielt bei der Affektion ebenso, wie bei der Akne eine große Rolle.

2. Zur Behandlung roter Nasen. Die beim weiblichen Geschlecht so häufige wandernde Gesichtsröte schwindet meist dauernd auf Anwendung 15—20%iger Resorcinpasta und anderer Schälmethoden. Die endgültige Beseitigung abnormer

Nasenröte wird nur durch Skarifikation und die damit bedingte Verödung der überschüssig ausgebildeten kleinen Hautvenen erzielt. Statt der Skarifikation kann man, um leicht entstellende Narben zu vermeiden, die Stichelung mit der Nadelspitze vornehmen, welche höchstens punktförmige, kaum sichtbare Narben setzt. Am zweckmäfsigsten hierfür ist ein Apparat, der aus einem Nadelhalter mit 40 goldenen Nadelspitzen besteht. Diese sind an einem festen Stempel von 1 cm Durchmesser befestigt. Der Stempel steht mit einem Elektromotor und einer Stofsmaschine in Verbindung, wie sie beim Plombieren der Zähne gebraucht wird, und kann mit beliebig starkem Drucke parallel auf die Hautoberfläche gesetzt werden. In wenigen Minuten kann man tausend ganz leichter Nadelstiche applicieren und hat es vollständig in der Hand, wie tief dieselben gehen sollen. Die lokale Blutentziehung ist sehr reichlich, doch steht die Blutung sofort. Unter Salicylpasta oder einfachen Kompressen schliefsen sich die kleinen Stiche bis zum nächsten Morgen. Etwaige vereinzelte Sugillationen werden in wenigen Tagen resorbiert. Das Instrument läfst sich gut reinigen. Es kann ausgekocht, es kann auch durch elektromotorisches Schütteln in Karbollösung desinficiert und durch Fortsetzung der Bewegung in der Luft getrocknet werden. Eine Schraubenverbindung ermöglicht die Kombination dieser schnellen und vielfach wiederholten Stichbewegung mit galvanokaustischen und elektrolytischen Nadeln, läfst also die Verwendung bei Lupus, Naevis und Telangiektasien im weiteren Umfange zu. Die Schmerzhaftigkeit der Stichelung ist sehr gering, kann jedoch durch lokale Anästhesierung gänzlich vermieden werden.

Der Apparat wird von der Firma Reiniger, Gebbert und Schall in Erlangen angefertigt.

3. Zur Therapie des Naevus verrucosus. Der Naevus verrucosus kann sich der Therapie gegenüber ebenso wie andere Warzengebilde verhalten, woraus sich ein Rückschlufs, wenn auch nicht auf die Identität, so doch auf die nahe Verwandtschaft ziehen läfst.

Es ist bekannt, dafs weiche Warzen, je kürzere Zeit sie bestehen, desto eher auf kleine Arsendosen zurückgehen und dauernd verschwinden können.

Denselben Einfluſs übt Arsenik zuweilen auch auf die Rückbildung eines Naevus verrucosus aus.

Der von Meissner beschriebene Fall (vergl. oben) ist nach fünfwöchentlicher Behandlung mit Fowlerscher Lösung in der üblichen geringen Dosis vollständig von der Bildfläche verschwunden, ohne eine Spur zu hinterlassen.

Die letzten Seiten dieses Heftes sind dem Andenken Daniel Danielssens gewidmet. Am 7. August 1895 wurde die von Ärzten aller Nationen gestiftete, vom Bildhauer Max Klein in Berlin angefertigte und an der Eingangsfront des Lungegaards-Hospitals in Bergen angebrachte Gedenktafel enthüllt.

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Bd. VII. September 1895.

I. **Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris (Devergie)**, von S. West-London. Der 58jährige Patient zeigt eine Hautaffektion, welche nach seinen Angaben vor zwei Jahren mit einigen kleinen, etwas juckenden, bläschenförmigen Efflorescenzen auf der Stirn begann und innerhalb der nächsten sechs Wochen sich über das Gesicht und den ganzen Körper verbreitete. Der Ausschlag war von Anfang an schuppig, niemals nässend oder feucht, stets trocken. Die Gesundheit war nie gestört. Hereditär Belastendes liegt nicht vor.

Gegenwärtig bedeckt der Ausschlag den ganzen Körper von Kopf bis Fufs und ist charakterisiert durch Röte, welche in der unteren Thoraxgegend, zwischen den

Oberschenkeln und an den Unterschenkeln am stärksten, hervortritt, während das Abdomen eine bräunliche Farbe zeigt. An den Schultern, Armen, Hals und Gesicht ist die Haut mit hell glänzenden Schuppen bedeckt. Schuppen sieht man mehr oder weniger am ganzen Körper. Auf den Kopf, Hals, Rücken, an den Armen und Oberschenkeln sind die Hautlinien stark ausgeprägt, so dafs der Fall einer Ichthyosis ähnlich sieht. Zwischen den afficierten Hautstellen befinden sich normale, mit jenen kontrastierende Hautinseln. Bei genauer Besichtigung bemerkt man unter den festhaftenden Schüppchen ganz kleine runde, schwach erhabene Papeln auf geröteter Basis.

Die Nägel an Händen und Füfsen sind vor der Affektion insofern in Mitleidenschaft gezogen, als sie unregelmäfsiges Wachstum und Risse zeigten.

Die Behandlung bestand anfangs in heifsen Sodabädern mit nachfolgenden Einreibungen von 1%igem Karbolöl. Innerlich erhielt der Patient Arsenik. Die Schuppen wurden zwar beseitigt, aber die Affektion war selbst nach neun Wochen kaum vermindert, weshalb Verfasser sich entschlofs, den Patienten mit Thyreoidextrakt zu behandeln. Es wurden anfangs zwei, später drei Tabletten täglich eingegeben. Der Erfolg war nach mehrwöchentlicher Behandlung ein sehr guter.

Verfasser bespricht kurz die Pathologie, Symptomatologie und die Differentialdiagnose der Krankheit.

II. **Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris mit histologischer Untersuchung,** von J. Liddel. Die Patientin ist ein zwölfjähriges, intelligentes Mädchen, das von seinen in sehr ärmlichen Verhältnissen lebenden Eltern hinsichtlich der Pflege und Reinlichkeit arg vernachlässigt worden ist.

Ihre Affektion besteht in einer universellen Hautröte, in Trockenheit, Rauhigkeit und Abschuppung der Haut. Zahlreiche Stellen sind bedeckt mit stecknadelkopf- oder hirsekorngrofsen, runden, trockenen, harten, teils flachen, teils konischen grauen oder rötlich-grauen Papeln. Die flachen haben eine hornige, mehr oder weniger dicke Schuppe auf der Oberfläche, während die konischen das Aussehen von schmutziggelbem Wachs haben. Einzelne der letzteren sind von dünnen atrophischen Haaren durchbohrt. Jede Papel ist von tiefen Furchen, die von den stark ausgeprägten Hautlinien gebildet werden, umgeben. Befallen sind obere und untere Extremitäten, Stamm, Kopf. Die Kopfhaut ist bedeckt mit grauen oder gelblich-grauen Schuppen und Krusten. Das Haar ist trocken und glanzlos. Die Nägel zeigen tiefe Längsfurchen, nur wenige Querfurchen sind zu bemerken.

Die Behandlung bestand in Schwefelbädern und Einreibungen von Resorcinsalbe. Später kamen Salicylsalben in Anwendung. Die Patientin wurde in sehr gebessertem Zustande entlassen.

Verfasser teilt im folgenden ausführlich das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit. Es handelt sich bei der Affektion um eine Hyperkeratinisation, welche unter dem Einflusse eines chronischen Reizes im Rete ihren Anfang nimmt und die ganze Epidermis, die Haarfollikel, Schweifs- und Talgdrüsen ergreift, ohne Mitbeteiligung des Coriums.

III. **Hautaffektionen, welche im Verlaufe von Morbus Brightii auftreten,** von Pye-Smith-London. William war der erste, welcher im Jahre 1808 das „Erythema leve" als im Gefolge der Brightschen Krankheit auftretend beschrieben hat. Es ist charakterisiert durch eine gleichmäfsig glatte, durchscheinende Hautoberfläche, auf welcher sich rote, häufig konfluierende Flecken befinden. Das Erythema leve ist eine oberflächliche Dermatitis, die unter einem lokalen, vielleicht durch Druck ausgeübten Reize auf der ödematösen Haut Nierenkranker entsteht. Aufser dem Erythema leve treten noch andere Formen von Dermatitis im Gefolge des Morbus Brightii auf: 1. ein hellroter diffuser Ausschlag, welcher hauptsächlich den Stamm, weniger häufig

Hals, Arme, Oberschenkel und sehr selten Gesicht, Hände und Füfse befällt. Er unterscheidet sich von dem etwas ähnlichen durch natürliche oder künstliche Diaphorese producierten Ausschlage, durch seine Lokalisation, das Fehlen von Sudamina und durch scheinbar spontanes Auftreten, ohne dafs schweifstreibende Mittel angewandt worden wären, endlich durch die Rauhigkeit und Trockenheit der Haut. Die Affektion juckt nicht, brennt nicht und dauert nur einige Tage; 2. ein papulöser Ausschlag, charakterisiert durch grofse, einzelnstehende; dunkelrote Knötchen, die auf einer trockenen, rauhen, bisweilen schuppigen Oberfläche sitzen. Am häufigsten sieht man die Aufsenseite der Oberschenkel und Beine, die Schultern und Extensoren der Vorderarme befallen, seltener ist die Lenden- und Abdominalgegend ergriffen. Niemals hat Verfasser diesen lichenartigen Ausschlag auf dem Gesicht oder an den Händen nnd Füfsen gesehen; 3. abgesehen von dem mehr zufälligen Zusammentreffen von Ekzem mit Morbus Brightii, beobachtet man in einzelnen Fällen eine feuchte Dermatitis, welche ihrem Aussehen nach dem Ekzem sehr ähnlich ist, den Hals, die Arme oder die Beine (nicht die Beugeseiten der Gelenke), das Gesicht oder die Ohren befällt; 4. in zwei Fällen hat Verfasser eine sehr ausgedehnte und profuse Dermatitis gesehen, welche einer universellen Dermatitis exfoliativa aufserordentlich ähnlich war und die Kopfhaut, Handteller, Fufssohlen, Genitalien, Stamm, Gesicht ergriffen hatte. Sie war erst aufgetreten, als sich Symptome der Brightschen Krankheit gezeigt hatten.

So sehr sich diese Formen von Dermatitis in anatomischer Beziehung voneinander unterscheiden, so zeigen sie doch das Gemeinsame, dafs sie oberflächlich sind und keine Spuren nach ihrem Verschwinden oder nach dem Tode der Patienten hinterlassen. Sie haben einen akuten oder subakuten, nicht chronischen Verlauf und recidivieren selten, nachdem sie verschwunden sind. Sie werden, wie es scheint, niemals pustulös. Die subjektiven Symptome sind gewöhnlich schwach. Meistens treten sie in den späteren Stadien der Nierenkrankheit oder zur Zeit des Todes auf.

Was die Pathogenese dieser Hautaffektionen betrifft, so glaubt Verfasser nicht, dafs sie mit der Urämie in einem ursächlichen Zusammenhange stehen. Eher sollten sie mit der Retinitis, den serösen Entzündungen, dem Lungenödem, zu welchem die Patienten neigen, in Beziehung gebracht werden.

Bei der akuten Nephritis der Kinder oder jungen Leute hat Verfasser diese Hautaffektionen nicht gesehen.

Therapeutisch sind von Vorteil Einreibungen von Zinksalbe, Olivenöl, Vaselin.

Diskussion über vorstehenden, in der British Medical Association am 31. Juli 1895 gehaltenen Vortrag. Der Präsident der dermatologischen Sektion, Dr. Crocker, warnt davor, eine günstige Prognose des Morbus Brightii zu stellen, auch wenn die Patienten für Jahre von ihrer Hautaffektion befreit sind. Bei vorgeschrittenem Morbus Brightii in Verbindung mit einem universellen Ausschlage ist die Prognose immer schlecht.

Dr. Bradbury-Cambridge stimmt mit dem Vorredner überein.

Dr. Savill hat Eiweifs im Urin von fünf Fällen epidemischer Hautkrankheit gefunden. Alle diese Fälle sind tödlich verlaufen.

Dr. D'Oyly-Grange (Harrogate) möchte diese Hautausschläge auf Gicht zurückführen, die sich ja häufig bei Nierenkranken findet; auffallend und weiterer eingehender Untersuchungen würdig ist die Thatsache, dafs ein und dasselbe Gift verschiedene Formen von Hautaffektionen hervorzurufen im stande ist.

Dr. Pye-Smith schliefst die Diskussion. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

No. 7. 1895.

I. **Über die Resektion der Pars pendula der Harnröhre**, von Pousson. Nach Ansicht des Verfassers ist das Problem der gründlichen Kur derjenigen Harnröhrenverengerungen, welche bisher gegenüber der Dilatation, dem inneren Harnröhrenschnitt und den übrigen Methoden widerspenstig geblieben waren, nahezu gelöst. Die Urethrektomie, gefolgt von der Wiederherstellung des Kanals durch Urethroraphie und eventuell etagenweisen Dammnaht oder Urethroplastik, ist jetzt oft genug geübt worden, so daſs der Wert dieser Methode feststeht.

Die Arbeit enthält drei Abschnitte. Im ersten, die Operationstechnik behandelnden, legt P. hohen Wert auf die prophylaktische Blutstillung und empfiehlt nach Esmarch, an der Wurzel des Penis einen elastischen Schlauch, keine platte Binde, anzulegen; dieser Schlauch, eventuell ein Nelaton-Katheter No. 16—18, soll am Ende einen sicheren Verschluſs haben.

Wie bei der perinealen Harnröhre kann die Resektion im Penisteile eine vollständige sein, ringförmig oder nur einen Teil des Umfanges betreffen. Nach Pousson spielt bei der Resektion weniger die Länge als die Dicke des zu entfernenden Stückes eine Rolle, nach seinen Erfahrungen gleicht die Elasticität des Kanals dem anatomischen Verlust schneller aus, als man hoffte, und die leichte Verkrümmung des Penis schwindet allmählich.

Bei der Operation selbst schneidet man am besten mit dem Messer, der Raphe folgend, alle Gewebe durch, bis man zu dem narbigen Strikturknoten gelangt, ebenso schneidet man die seitlichen Teile ein. Hierauf vollendet man die Operation mittelst krummer Scheere in folgender Weise: Ein Querschnitt schneidet den Kanal an der Vereinigung des gesunden Teiles mit dem kranken völlig durch; der letztere Abschnitt wird gefaſst, durch Hakenpincetten in die Höhe gezogen, mit kurzen Scherenschnitten trennt man ihn von der Scheidewand der Corpora cavernosa, ein weiterer Querschnitt löst den krankhaften Teil gänzlich ab.

Für die Vereinigung der Enden kann gegenwärtig nur mehr die Naht in Betracht kommen; die meisten Operateure vermeiden es, die Schleimhaut miteinzubeziehen, um eine Verkrustung mittelst Harnsalzen aus dem Harn und einer etwaigen Infektion zuvorzukommen. Berechtigt ist eine solche Furcht jedenfalls bei septischem Urin.

Für ein völliges Gelingen der Operation hält Pousson die Verwendung eines passenden Verweilkatheters für unbedingt nötig; doch solle man denselben seiner Reizwirkung halber über 4—5 Tage hinaus nicht liegen lassen.

Der zweite Abschnitt befaſst sich mit den unmittelbaren und den ferneren Resultaten.

Nach Pousson ist die Urethrektomie eine für das Leben wenig gefährliche Operation.

Der dritte Abschnitt behandelt die Anzeigen und Gegenanzeigen.

Wenn die gewöhnlichen Methoden der Dilatation und Urethrotomia interna nicht zum Ziele führen, solle man, nach Pousson, die Pars pendula der Harnröhre an dem verengten Punkte resecieren.

Endlich wird auf die Leistungen von Sapiejkow hingewiesen, der durch groſse Schleimhautlappen bedeutende Harnröhrendefekte zur Heilung brachte; die Urethroplastik werde künftig eine groſse Rolle spielen.

II. **Über eine sehr seltene Komplikation von Blasengeschwülsten. — Cystotomie wegen Harnröhrenverengerung, die durch Urininfektion kompliciert war**, von Adenot. In dem hier in Betracht kommenden Falle fand sich bei einem 66jährigen Manne eine vollständige Harnverhaltung vor. Die Prostata war wohl

dick, aber nicht deutlich hypertrophisch, jedoch von einer sehr abnormen Form. In der Pars membranacea konstatierte man eine enge Striktur. Allmählich traten die Zeichen einer akuten Urinvergiftung auf. Es wurde schliefslich unmöglich, irgend eine Sonde in die Blase zu bringen. Der Blasenstich ward nötig. Aber der Harn wurde nicht besser. Man schritt daher zur Cystotomie; es wurde eine bleibende Öffnung der Blase oberhalb der Schambeine angelegt. Der innere Harnröhrenschnitt wird bald darauf hinzugefügt. Ferner wurden Verweilkatheter und Blasenspülungen verwendet. Allgemeine und örtliche Besserung ist nachzuweisen. Der Patient vermag sogar durch drei Stunden den Harn zurückbehalten; er entleert ihn freiwillig durch seine neu angelegte Öffnung. Im nächsten Monate zeigten sich etliche Male vorübergehende Infektionserscheinungen, wahrscheinlich durch Influenza bedingt. Im folgenden Monate konstatierte man, von der Basis des Gliedes ausgehend und der ganzen Länge des Harnröhrenkanals folgend, ein hartes kerniges Gebilde. Der Kanal schien auf diesem harten Produkt wie abgegossen zu sein, der Anblick einer unregelmäfsigen Perlenschnur bot sich dar. Schmerzen bei der Erektion und Drüsenschwellungen traten hinzu; die Diagnose eines bösartigen Tumors wurde klar; bald erlag der kachektische Kranke. Bei der Sektion fand sich dieser Tumor in der Ausdehnung, dafs er im Fundus vesicae begann und seine Verlängerung durch die ganze Harnröhre bis zur Eichel nahm. Auch die Schwellkörper waren ergriffen. Die Prostata erwies sich als gesund, dagegen waren an vielen anderen Körperstellen Metastasen nachweisbar.

Die Geschwulst umgab den Blasenhals in der Weise, dafs er im Zentrum des Tumors lag. Die durch die Cystotomie geschaffene Öffnung pafste zur Zeit, da der Kranke erlag, genau auf den Rand der Geschwulst. Da diese Öffnung sich stets frei hielt, war es möglich, dafs der Patient noch drei Monate ohne Harnverhaltung und Infektion leben konnte; der urethrale Weg liefs trotz der inneren Urethrotomie keinen Urin mehr durch. Die Cystotomie war daher zunächst lebensrettend. Der Kranke starb auch nicht an Urininfektion, sondern ist der grofsen Verbreitung des Carcinoms und ausgedehnten krankhaften Veränderungen in den Lungen erlegen. Wahrscheinlich hat zur schnellen Weiterentwickelung der Neubildung die Urethrotomia interna den Anstofs gegeben.

III. **Eine Spritze zu Einträufelungen in die Blase,** von Olivier. Da die bisher angewandten Spritzen zur Instillation ungenau arbeiten, hat Verfasser durch Gentile eine neue Spritze fertigen lassen, die anscheinend exakt arbeitet. Sie soll bei jeder halben Drehung genau einen Tropfen heraustreten lassen. Ihr Inhalt beträgt 5 g. Völlige Sterilisation ist bei ihr möglich. Wegen der sonstigen Details sei auf das Original verwiesen. *Neuhaus-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

II. Heft. 1894.

Beitrag zum Studium der blennorrhoischen Gelenkentzündungen, von E. Burci. Nach den Tierexperimenten und klinischen Beobachtungen des Verfassers giebt es eine wirkliche blennorrhoische Synovitis, die sich mit Vorliebe im Kniegelenke lokalisiert und deren Exsudat den Neisserschen Gonococcus enthält. Der klinische Verlauf und die Symptome dieser Synovitiden lassen sich leicht von anderen unterscheiden, die zufällig im Verlauf der primären Krankheit auftreten und die eine Folge einer gemischten Infektion sind, doch kann auf Grund des bakteriologischen Befundes, einzelner pathologisch-anatomischer Beobachtungen, sowie der experimentellen Untersuchungen angenommen werden, dafs sie zum Neisserschen Gonococcus in pathogenetischer Beziehung stehen. Zu derselben Gruppe gehören jene Synovitiden, die

zwar bezüglich der Symptomatologie und der Beschaffenheit des Exsudates mit den blennorrhoischen Synovitiden übereinstimmen, bei denen aber der bakteriologische Befund negativ ist.

Gewisse Bedingungen, unter welchen es zu einem Durchbruch des als Barriere funktionierenden Schleimhautepithels kommt, begünstigen das Auftreten der Metastasen. Haben diese sekundären Lokalisationen einmal stattgefunden, so geht der Gonococcus relativ rasch zu Grunde, und das Fortbestehen des pathologischen Prozesses hängt dann ab von den Produkten seiner Zerstörung.

Bezüglich der Therapie rät Verfasser, wenn keine andere dringende Indikationen lockten, die ersten 14 Tage nach dem Beginne des Gelenkleidens exspektativ zu verfahren. (Richtige Stellung und Immobilisation des Gliedes.) Nach dieser Zeit kann man mit ziemlicher Bestimmtheit annehmen, dafs keine Gonokokken mehr vorhanden sind, und zur Punktion des Exsudates übergehen.

Gestützt auf die Thatsache, dass der Gonococcus keine höhere Temperaturen verträgt, macht er, nach Abfluſs des Exsudates, Ausspülungen mit Borwasser (3%) bei 42°—40° C.

Beitrag zu den Keratodermien, von A. Breda. Aus der Beschreibung einer Reihe von entsprechenden Fällen giebt Verfasser folgende Schlüsse:

1. Sehr ausgebreitete Naevi verrucosi lineares zeigen keinen den Nerven, Gefäſsen oder Voigtschen Linien entsprechenden Verlauf. Trotzdem sie nicht jucken, führen sie doch zu entzündlicher Infiltration der Haut.

2. Bei den Hyperkeratosen der Zunge und der Lippen kommt es zur Ausbildung von Lagen körniger Epithelzellen, die man unter normalen Verhältnissen nicht findet.

3. Es giebt eine pruriginöse, subakute, trockene, ganz diffuse, ekzematoide Dermatose, die als diffuse Keratodermitis mit nicht-follikulärer Hyperkeratose aufgefaſst werden muſs.

4. Erwähnt müssen hierbei noch werden zwei seltene Keratodermitiden: die Keratodermia symmetrica (Besnier) und das Erythema keratoides (Brooke) einerseits und die Parakeratosis scutularis (Unna) andererseits. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Bd. XIII. August 1895.

I. **Einige Betrachtungen über Prostatektomie**, von G. Woolsey-New York. (Schluſs.) Die vielen Vorteile der suprapubikalen Prostatektomie werden durch die zahlreichen Nachteile teilweise aufgewogen. Verfasser verkennt die Gefahren derselben keineswegs und schlägt sie auch nicht so gering an, wie es McGill thut, der die Methode über alle Maſsen lobt und als leicht bezeichnet.

Viel vorteilhafter und weniger gefahrvoll erscheint dem Verfasser der Perinealschnitt. Am Schlusse seiner Arbeit unterzieht Verfasser die laterale Prostatektomie einer eingehenden Betrachtung.

II. **Zwei Fälle von Hauttumoren**, von W. F. Breakey-Ann Arbor. Fall 1 betrifft eine 35jährige Frau, die seit neun Jahren verheiratet ist und vier lebende Kinder hat. Ein fünftes Kind starb schon zwei Monate nach der Geburt. Seit der letzten Niederkunft befindet sich die Patientin nicht mehr wohl. Die Affektion begann im Oktober 1892 mit dunklen Flecken, Schuppen, Knoten an den Händen, später an den Armen und an den Knien. Nach und nach wurden die unteren Extremitäten, die obere Thoraxgegend ergriffen. Gegenwärtig sieht man zahlreiche, mehr oder weniger groſse Tumoren, von denen einige an der Basis Rissé zeigen, aus welchen eine schwach blutig gefärbte, seröse Flüssigkeit hervorquillt. Derartige knotige Erhaben-

heiten sieht man auch an den Schleimhauträndern der Lippen und der Genitalien. Die Fingergelenke sind durch die Knoten vielfach deformiert. Eigentliche Ulcerationen sind nicht vorhanden. Die Unterschenkel und Füfse sind elephantiastisch verdickt. Die Haut ist im allgemeinen trocken, dick, hart und von dunkler Farbe, an einzelnen Stellen mumienhaft zusammengeschrumpft. Die Tumoren verursachen zuweilen Schmerzen. Trotzdem das Aussehen der Patientin lebhaft an Lepra erinnert, wurde dennoch die Diagnose auf „idiopathisches, multiples Pigmentsarkom" gestellt. Die mikroskopische Untersuchung hat die Diagnose bestätigt.

Fall 2 betrifft eine 56jährige, seit 31 Jahren verheiratete Frau, Mutter zweier Kinder. Vor sechs Jahren, zur Zeit des Eintrittes der Menopause, zeigten sich zuerst an den Handrücken und Füfsen rote, stellenweise abschuppende, immer juckende Flecken, welche allmählich den ganzen Körper ergriffen. Im Verlaufe von zwei Jahren verschwanden fast alle Flecken, und die Patientin hatte für die nächsten zwei Jahre Ruhe, bis sich ein Recidiv einstellte, das bald schlimmer war, bald sich besserte, aber niemals vollständig verschwand. Die Affektion hat in den letzten Jahren insofern einen anderen Charakter angenommen, als die ursprünglichen Flecke mehr oder weniger starken Hautverdickungen und flachen Tumoren Platz gemacht haben. Doch treten auch jetzt noch zuweilen frische, erythematöse Flecken auf, die einige Zeit später erhaben werden und ein knotiges Ansehen haben. Die Affektion verursacht keine Schmerzen. Ulcerationen sind nirgends vorhanden.

Eine sichere Diagnose, ob Mykosis fungoides oder Sarkom konnte wegen mangelnder genauer histologischer Untersuchung bis jetzt nicht gestellt werden.

III. **Über einige Affektionen des Nervensystems, welche im frühen und späten Stadium der Syphilis auftreten**, von J. Collins-New York. (Schlufs.) Verfasser bespricht des weiteren die von Fournier so benannten „Affections parasyphilitiques". Es handelt sich um solche nervöse Erscheinungen, welche nicht in deutlich erkennbaren pathologisch-anatomischen Veränderungen ihre Ursache haben, jedoch mit einer frischen oder alten syphilitischen Infektion in Zusammenhang zu bringen sind. Man kann dieselben einteilen in solche, a) welche der psychischen, b) welche der physischen Sphäre des Nervensystems angehören, oder mit anderen Worten: in Psychosen und Neurosen. Die erste Klasse umfafst die Fälle von Syphilophobie, Merkurophobie und verschiedene hysterische Zustände. Der zweiten Klasse gehört die Neurasthenie an.

Verfasser bespricht ausführlich die Differentialdiagnose und zeigt, wie wichtig es sei, frühzeitig die Nervenkrankheit als eine syphilitische oder nicht-syphilitische zu erkennen.

IV. **Ein Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum**, von D. K. White-Cleveland. Das von gesunden, aber etwas nervösen und aufgeregten Eltern abstammende Kind war bei der Geburt wohlgenährt und wies normal funktionierende Organe auf. Zehn Tage nach der Geburt des Kindes fand man dasselbe infolge Ausströmens von Kohlengas betäubt, röchelnd und bläulich rot im Bette vor. Das Kind erholte sich wieder, aber zwei Tage später brach im Gesichte ein dunkelroter Ausschlag aus, dem bald darauf eine Eruption zahlreicher kleiner Sudamina und schliefslich vollständige Exfoliation der Epidermis an der befallenen Stelle nachfolgte. Innerhalb von 48 bis 60 Stunden wurde der ganze Körper von der Krankheit befallen. Am stärksten ergriffen waren Gesicht und Rumpf, weniger stark die Extremitäten. An einigen Stellen bildeten sich Blasen; im allgemeinen jedoch zeigte der Ausschlag keinen bemerkenswerten Grad von Feuchtigkeit. Die Schleimhäute waren intakt. Das Allgemeinbefinden des Kindes, insbesondere die Verdauung, war gut.

Die Behandlung bestand in warmen Bädern, denen Borsäurelösung zugesetzt

war, und in darauf folgender Applikation einer Salbe von Zinkoxyd und Bismuthum subnitricum auf Lanolin, später von Ichthyol auf Lanolin. Die Affektion war nach 14 Tagen verschwunden.

V. **Tinea circinata mit zwei Ringen**, von J. Abbott Cantrell-Philadelphia. Ein neunjähriges Mädchen zeigte auf der linken Seite des Kinns und etwas unterhalb des linken Mundwinkels eine 1½ Zoll lange und 1 Zoll breite Stelle, welche zwei konzentrische, vollständig voneinander getrennte Ringe aufwies. Der äufsere, gröfsere hatte einen Durchmesser von 1½ Zoll, der innere, kleinere einen solchen von etwa ½ Zoll. Jeder Ring setzte sich aus kleinen Bläschen zusammen, von denen einige eingesunken und mit feinen Krusten bedeckt waren. Die ganze ergriffene Partie sah schwach rot aus. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Über Aristol, von C. Gevaert. (*Flandre méd.* 1894.) Verfasser giebt eine Übersicht der vielseitigen Indikationen des Aristols, das sich als ein sehr nützliches Präparat erwiesen hat. So haben es Eichhoff bei verschiedenen Dermatosen (Mykosen, atonische Geschwüre und besonders Lupus), ferner Neisser, Pollak, Buffet und Kriegl, Krebs und Roser (Ohren), Hense (Augen) mit gutem Erfolge angewendet und dessen antiseptische und austrocknende Eigenschaften nachgewiesen. Ein Nachteil des Präparates ist seine beschränkte Löslichkeit (leicht löslich in Äther und fetten Ölen).

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Airol (Wismutoxyjodidgallat) ist ein neues graugrünes, feines, geruch- und geschmackloses, lichtbeständiges Pulver, welches aus Wismut, Jod und Gallussäure besteht. Durch feuchte Luft und Wasser wird es in rote, an Jod und Gallussäure ärmere, basische Verbindung übergeführt. Dieser Vorgang spielt sich auch auf Wunden ab. Löslich ist Airol nur in Natronlauge und verdünnten Mineralsäuren. Mit Glycerin und Wasser giebt es eine längere Zeit haltbare Emulsion. — Das Airol soll das Jodoform ersetzen, die Wirkung des Jodoforms und Dermatols vereinigen. Es wird als Pulver, als Salbe (wasserfrei!), Kakaobougie, Kollodium, Glycerin, Gaze und Watte verwendet. — Erprobt ist das neue Mittel durch J. Fahm (*Korrespondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1895. No. 8) und mehrere andere Autoren, welche alle das Mittel sehr empfehlen.

Trotzdem die Zusammenstellung des Mittels viel verspricht, wird man gut thun, abzuwarten, ob der hinkende Bote nicht nachkommt. Meistens bleibt er nicht aus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Airol, von Dr. Fritz Lüdy. (*Pharm. Centralh.* 1895. No. 4.) Airol, Wismutoxyjodidgallat, unterscheidet sich von dem Dermatol, Wismutgallat, dadurch, dafs neben der austrocknenden und sekretionsvermindernden Wirkung des letzteren Präparates die die Wundheilung befördernde, das Jod, in leicht abspaltbarer Form hinzukommt. Es soll so ein Ersatz für das Jodoform darstellen. Airol ist ein graugrünes, feines, geruch- und geschmackloses, lichtbeständiges Pulver. Feuchter Luft ausgesetzt, geht es allmählich in ein rotes Pulver, ebenfalls eine Wismutoxyjodidverbindung von geringerem Jodgehalt über. Es ist in den gewöhnlichen Lösungsmitteln unlöslich, es löst sich leicht in Natronlauge und verdünnter Mineralsäure. Es zersetzt sich allmählich in kaltem, rascher in heifsem Wasser. Mit Vaseline und

wasserfreiem Adeps giebt es haltbare Salbe. Es empfiehlt sich zu Versuchen bei operativen Eingriffen, Unterschenkelgeschwüren, Brandwunden, Schankern etc. besonders als Streupulver. *A. Strauß-Barmen.*

Verhalten von Jodoform zu Kalomel, von Dr. Schweissinger. (*Pharm. Centralh.* 1894. No. 32.) Jodoform und Kalomel sollen für den Gebrauch zu äußerlichen Zwecken nicht miteinander gemischt werden, da allmählich eine vollständige Zersetzung der beiden Präparate eintritt. *A. Strauß-Barmen.*

Das Europhen in der Chirurgie, von Dres. De Buck und Walton. (*Flandre méd.* 1894. Es fehlt Angabe der Nummer!) Hervorgehoben sei, daß die Verfasser bei Ulcus cruris varicosum unter Europhenpulver sehr schnelle Granulationsbildung beobachteten und bei Fällen von ausgedehnten Verbrennungen zweiten Grades unter folgender Salbe: Europhen 2,0, Oleum olivarum 3,0, Vaselin 30,0, Lanolin 15,0, eine so schnelle Vernarbung sahen, wie sie nach ihrer Meinung mit keinem anderen Mittel erreicht wird. *A. Strauß-Barmen.*

Bericht über das Jahr 1894, von E. Merck-Darmstadt. Folgende neue Mittel aus dem Berichte seien hervorgehoben:

Aluminium borico-tartaricum, krystallisierendes Salz, das mit Wasser klare, längere Zeit haltbare Lösungen giebt.

Aluminium borico-tannicum, hellbraunes, in Wasser unlösliches Pulver (76% Tannin, 13,23% Thonerde, 20,77% Borsäure).

Aluminium borico-tannico-tartaricum, eine wasserlösliche, dem vorigen Präparat ähnliche Verbindung.

Alle drei Präparate sollen sich durch größere Beständigkeit vor den in der Therapie angewendeten essigsauren Thonerdeverbindungen auszeichnen. Zur Behandlung von Dermatosen sollen die beiden letzten entweder rein oder verdünnt in Salben, Streupulvern und als Pflastermull Verwendung finden.

Argentamin ist eine Auflösung von 10 Teilen Silberphosphat in einer Lösung von 10 Teilen Äthylendiamin in 100 Teilen Wasser. Reaktion alkalisch. Keine Niederschläge in kochsalzhaltigen und eiweißhaltigen Flüssigkeiten. Im Dunklen aufzubewahren! Dem Mittel werden vor dem Argentum nitricum nachgerühmt: stärkere Desinfektionskraft, energischeres Eindringen in die Gewebe. Die Gonokokken sollen sehr schnell bei Anwendung bei Blennorrhoe verschwinden. Dagegen ruft Argentamin starke Reizerscheinungen hervor. Schäffer benutzte zu Injektionen in die Urethra anterior Konzentrationen von 1:5000 bis 1:4000, für die Urethra posterior solche von 1:1000.

Cocainum lacticum empfiehlt Wittzack bei Blasentuberkulose. Man beginnt mit einer Injektion von täglich 1 g folgender Lösung: Cocain. lact. 1,0, Aq. dest. 5,0, Acid. lact. 4,0.

Essentia Spermini Poehl. Diese Essenz ist zum innerlichen Gebrauche bestimmt; sie ist eine 4%ige aromatisierte alkoholische Lösung des Sperminchlornatriumdoppelsalzes. G. Bubis empfiehlt die Darreichung überall da, wo die Haut vor traumatischen Reizen geschont (z. B. bei Diabetes) oder, wo überhaupt eine langsamere Wirkung erzielt werden soll (z. B. bei harnsaurer Diathese, bei welcher die Nieren häufig afficiert sind und deshalb vor dem raschen Andrang der sich ausscheidenden Leukomaine bewahrt werden müssen). Man giebt 25—30 Tropfen in warmem Mineralwasser morgens bei nüchternem Magen und im Laufe des Tages.

Gallanol. Über günstige Erfolge wird von Cazeneuve und Rollet, Nicolas, Gonou, Bayet, Barendt, Joseph, besonders bei Psoriasis, berichtet. Es wirkt etwas

schwächer als die Chrysophansäure, doch ist es in allen jenen Fällen von grofsem Nutzen, in denen von der Anwendung der Chrysophansäure infolge verschiedener Nebenumstände abgesehen werden mufs. Kranke, die an Ekzemen litten, wurden ausnahmslos nach Gonou und Bayet in verhältnismäfsig sehr kurzer Zeit durch Gallanol geheilt. Besonders angezeigt erscheint das Mittel bei allen echten Mykosen der Haut (Favus, Trichophytie) und bei Prurigo. ℞ Gallanol 10,0, Liq. Ammon. caust. 1,0, Alkohol (95°) 50,0. MDS. Äufserlich zum Aufpinseln.

Gallobromol. Es besitzt neben der allgemeinen Bromwirkung auch antiseptische Eigenschaften. Bei Blennorrhoe wirkt es günstig auf den Schmerz und die Erektionen neben der antiseptischen Wirkung. Man verwendet hier 1—4%ige wässerige Lösungen. Auch bei chronischer Blennorrhoe wurde über gute Erfolge von Cazeneuve und Rollet berichtet. Während Letzel nicht nur bei Blennorrhoe, sondern auch bei Eccema acutum madidans und crustosum mit 1—2%igen Gallobromollösungen und Puder- oder Pastenbehandlung aufmunternde Erfolge sah, erzielte H. Müller bei Blennorrhoe keine befriedigenden Resultate.

Hydrargyrum gallicum. Folgende Pillen, von denen täglich 2 bis 4 Pillen gegeben werden können, werden als sehr gut verträgliche empfohlen:

Hydrarg. gallici 2,5, *Extr. Chinae* 5,0
M. ut f. pilul. No. 50.

Die Quecksilberresorption soll sehr schnell vor sich gehen. *A. Strauſs-Barmen.*

Unguentum vegetabile, eine neue Salbengrundlage, von Dr. Golinер-Erfurt. (*Reichs-Med.-Anz.* 1894. No. 18.) Unguentum vegetabile ist eine Emulsion von vegetabilischem Wachs, Wasser und Öl. Dieser Salbenkörper soll sich besonders dadurch auszeichnen, dafs auch bei längerem Aufbewahren eine Änderung seines chemischen und physikalischen Zustandes nicht eintritt. Er nimmt wässerige Flüssigkeiten und Fette leicht auf. Einzelne günstige Erfolge bei chronischem Ekzem, Herpes iris, Pemphigus vulgaris, Acne rosacea mit 10—20% Schwefel-, resp. Tanninsalben werden mitgeteilt. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Loretin und Loretinsalze, von Dr. F. Blum und Dr. A. Bärwald in Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 36.) Das Loretin ist die Metajodorthooxychinolin-Anasulfonsäure und physiologisch als ein starkes Jodpräparat zu betrachten; auf der allmählichen Abspaltung von Jod beruht seine antiseptische Wirksamkeit. Diese Abspaltung geht schneller als die des Jodoforms vor sich. Besonders hervorgehoben wird ein Loretinsalz, das Wismutloretin, welches in sich die Jodwirkung des Loretins, die adstringierende Wirkung der Wismutpräparate und die Eigenschaften der Alkalien vereinigt. Die Gefahr der Jodintoxikation ist geringer als bei dem reinen Loretin. An Tieren wurde die Ungiftigkeit dieses Salzes konstatiert. Mit Erfolg wurde dasselbe bei Ulcus cruris, Ulcus molle, bei spezifischen Ulcera, bei tuberkulösen Granulationen, bei nässenden Dermatosen und innerlich bei Diarrhoen von Phthisikern verwendet. Dem Pulver wird namentlich eine stark austrocknende Wirkung nachgerühmt. *A. Strauſs-Barmen.*

Europhen, von Cl. S. Eldredge-Philadelphia. (*Cincin. Lancet. Clin.* 1895. No. 13.) Das Europhen ist ein vollkommenes, sehr erwünschtes Ersatzmittel für das Jodoform bei allen chirurgischen Operationen. Verfasser hat es in Pulver- und Salbenform (5—10%) mit dem besten Erfolge bei den verschiedenen Geschwürsformen, bei Verbrennungen, bei Erysipel (Europhen 1,0, Acid. boric. 7,0), bei Hämorrhoiden, ferner bei Erkrankungen des Mittelohres, der Nase, des Larynx und der weiblichen Genitalien angewandt. *H. Einhorn-München.*

Weitere Erfahrungen über das Resorbin, von R. Lederмann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 12.) Der Verfasser motiviert zunächst das Unterlassen einer experimentellen Begründung des Namens „Resorbin" damit, dafs die zur Prüfung der Resorptionsfähigkeit eines Fettes versuchten Methoden alle mangelhaft sind. Klinisch sei der Name durch das rasche Verschwinden des eingeriebenen Resorbins begründet. Es besteht das Resorbin aus Mandelöl, Wachs, Gelatine, Seife, Lanolin und ist die erste Emulsion von festerer Konsistenz. Die genaue Herstellungsweise wird auch hier nicht geschildert. Es hat sich das Resorbin bewährt als Kühlsalbe, als juckstillendes Mittel zur Entfernung von Krusten und Schuppen, bei Ichthyosis, bei artificieller Dermatitis mit Neigung zu Geschwürs- und Rhagadenbildung, als Vehikel für Medikamente, besonders bei Psoriasis und Scabies und Syphilis. Die schnelle Resorption des Quecksilber-Resorbins beweist die häufige Gingivitis. Auch zu Vaginaltampons an Stelle des Glycerins ist Resorbin brauchbar.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Haarfärbemittel. Das chemische Untersuchungsamt der Stadt Breslau berichtet über die Untersuchung einiger Haarfärbemittel:

Funkes Crinin ist eine ammoniakalische Silbernitratlösung; Kapillaröl A desselben Fabrikanten ist eine alkoholische Tanninlösung und Kapillaröl B eine schwach blau gefärbte wässerige Lösung von Natriumthiosulfat.

Kleopatras Haarwiederhersteller ist bleihaltig, enthält das Blei aber als Bleisulfat; dasselbe ist daher im Niederschlag vorhanden.

Nufsextrakt-Haarfarbe der Parfumerie hygiénique ist kupferhaltig, und zwar enthält sie in 100 ccm 0,92 g metallisches Kupfer.

Rosetters Haarregenerator ist eine Glycerin, Wismutsubnitrat und Schwefel in Suspension enthaltende wässerige Flüssigkeit.

Schrorers Haarfarbe ist eine ammoniakalische Silbernitratlösung, mit Indigokarmin blau gefärbt.

Dr. Sernaus Haarfarbe No. III ist eine ammoniakalische Auflösung von Silbernitrat und Kupfernitrat (0,41% metallisches Kupfer).

Dr. Whites amerikanisches Haarwasser und

Wuths Haarregenerator sind beide parfümierte Auflösungen von Bleiacetat, welche Schwefel suspendiert enthalten; Gehalt an metallischem Blei 0,2 bis 0,3%.

(*Pharm. Centralh.* 1895. No. 18).

Spillmann und Etienne berichten (II. Kongrefs für innere Medizin, Bordeaux, 8.—14. August 1895) über drei Fälle von **Polyneuritis infolge von akuter und subakuter Quecksilberintoxikation.** (*Sem. méd.* 1895. No. 40.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über merkurielle Exantheme, von O. Rosenthal. In der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 16. Januar d. J. ging R. zuvörderst die verschiedenen Morphen der merkuriellen Exantheme durch. Die einfachste, bisher noch nicht genügend gewürdigte Form ist die Folliculitis, die hauptsächlich ihren Sitz an den Extremitäten hat, mit der Teer- und der Chrysarobinakne am meisten zu vergleichen ist und zur Bildung von Abscessen, Phlegmonen, Furunkeln und Erysipelen durch eine hinzutretende Infektion kokkogener Natur Veranlassung geben kann. Eine andere Form ist das Erythem mit Übergang in Urticaria oder in die bei Toxicodermien beobachteten Morphen mit zentraler Hämorrhagie und das Ekzem mit eventuellem Übergang in die Dermatitis exfoliativa. Hieran schliefsen sich dann die Fälle von Purpura. R. beschreibt hierbei eine noch nicht erwähnte Form von Hauthämorrhagien, die in kleinsten, stecknadelspitzgrofsen Bläschen besteht. Ferner kann der Quecksilberausschlag auch den Charakter des Erythema exsudativum multiforme und haupt-

sächlich des Erythema gyratum mit typischer Farbenskala annehmen. Die schwerste Form entspricht dem Erythema bullosum oder Pemphigus. Gemeinschaftlich zusammengefafst, ist der Charakter der Quecksilberexantheme polymorph, eine Eigentümlichkeit, die auch bei anderen Arzeneiexanthemen zutrifft. Die Schleimhäute werden ebenso — mitunter sogar allein — ergriffen, wie die äufsere Haut. Zwischen den Exanthemen und den übrigen Quecksilberintoxikationserscheinungen besteht ein eigentümliches Mifsverhältnis. Ferner sind diese Ausschläge, sowohl bei innerlicher (Kalomel, Sublimat, Hydrargyrum jodatum flavum etc.), als auch bei subkutaner, resp. intramuskulärer Darreichung (Kalomel, Hydrargyrum salicylicum, Sublimat, Oleum cinereum etc.) gesehen worden; auch die verschiedensten Präparate des Quecksilbers (Unguentum cinereum, Sapo mercurialis, Unguentum praecipitatum album, Sublimatgaze) haben bei äufserer Anwendung gleiche Wirkung. Sogar nach Quecksilberräucherungen und bei intrauteriner Anwendung des Quecksilbers sind derartige Exantheme beobachtet worden. Andererseits sind Fälle bekannt, bei denen das Hg, in welcher Form auch immer es bei einem und demselben Individuum in den Magen einverleibt wurde, Ausschläge hervorrief. Mithin sind die durch Allgemeinwirkung hervorgerufenen Ausschlagformen denjenigen, die durch lokale Applikation entstanden sind, an Wert gleichzustellen. Als begünstigende Momente sind eine angeborene oder zeitlich erworbene Idiosynkrasie, die Dosis, die Art der Einverleibung — bei äufserlicher Anwendung sind die Exantheme häufiger — und die Verhältnisse, die bei der Aufnahme und bei der Ausscheidung in Betracht kommen, aufzufassen. Als Causa efficiens ist eine Beeinflussung des vasomotorischen Nervenapparates anzusehen, und zwar entweder lokal eine solche der in den Gefäfswandungen vorhandenen Ganglien oder universell eine Affektion der vasomotorischen Zentren der Medulla oblongata und im Grau des Rückenmarkes. Gewöhnlich findet aber eine kombinierte Wirkung statt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Kongenitale Striktur, von W. Carter. (*St. Louis Cour. of Med.* 1895. No. 3.) Nach Messungen, die von Otis in über 1000 Fällen angestellt wurden, steht die Weite der Urethra in bestimmtem Verhältnis zu dem Umfang des Penis. Bei einer Cirkumferenz des letzteren

von 75 mm beträgt das Lumen der Urethra 30 mm,
bei 85 „ „ „ „ „ „ 32 „
„ 87 „ „ „ „ „ „ 34 „
„ 93 „ „ „ „ „ „ 36 „
„ 100 „ „ „ „ „ „ 38 „
„ 105—112 mm beträgt das Lumen der Urethra 40 mm.

Aufserdem ist man berechtigt, von einer kongenitalen Enge oder partiellen Striktur des Meatus externus der Urethra zu sprechen, wenn das Orificium enger ist als die übrige Urethra. Derartige Fälle machen zwar häufig keinerlei Beschwerden und werden sogar von den meisten für normal gehalten. Es treten aber doch nicht selten reflektorische Lumbal- oder Skrotalschmerzen auf auch beim Fehlen einer Entzündung. Die Behandlung einer hinzutretenden Blennorrhoe oder Urethritis wird durch die abnorme Enge des Orificiums wesentlich erschwert, und derartige Fälle sind aufserordentlich prädisponiert zu Strikturen. Bei Behandlung derselben soll nach Schwinden der akuten Symptome stets der Meatus externus erweitert werden. Genau in der Medianlinie wird ein 1—1½ cm tiefer Einschnitt gemacht und die Wunde nach Stillung der Blutung und nach jeder Urinentleerung mit Jodoformgaze tamponiert. Täglich wird eine Sonde eingeführt, deren Dicke der Peniscirkumferenz entspricht.

H. Einhorn-München.

Organische Striktur in der Urethra, von O. Horwitz. (*Med. News.* 8. September 1894.) Folgende Methoden werden auf ihren Wert und Technik hin ziemlich ausführlich besprochen: Allmähliche Dehnung, ununterbrochene Dehnung, die modificierte, schnelle Dehnung (eine Modifikation der als Sprangen bekannten Methode), ferner die Urethrotomia interna, die interne Urethrotomie mit Dilatation, die interne und externe Urethrotomie vom Damm aus mit Dilatation, die Urethrotomia externa perinealis mit Führungssonde und schliefslich der äufsere Harnröhrenschnitt ohne Sonde oder Sectio perinealis. Verfasser tritt namentlich für die von Brinton empfohlene modificierte schnelle Dehnung ein. Er hat bei 96 Fällen dieselbe angewandt und jedesmal gute Resultate erzielt. Nach gründlicher antiseptischer Vorbereitung (Ausspülen der Urethra mit Borlösung und Sublimat, innerliche Darreichung von Borsäure 0,6 pro die etc.) wird die Urethra mittelst des Thomsonschen, resp. Grossschen Dilatators durch mehrmaliges Anspannen und Schliefsen des Instrumentes im Laufe von 20—30 Minuten nach und nach bis auf die volle Weite gedehnt. Zur Nachbehandlung wird ein möglichst grofser Katheter eingelegt, und während der ersten vier Tage p. o. werden täglich antiseptische Ausspülungen vorgenommen. Am fünften Tage kann Patient seine gewohnte Beschäftigung wieder aufnehmen. Es sollen hierbei die Strikturen mehr gedehnt als zerrissen werden. Die eigentliche Zerreifsung der Strikturen nach Holt verwirft Verfasser auch. *Philippi-Remscheid.*

Urethralstriktur beim Weibe, von W. S. Bagot. (*Med. News.* 20. April 1895.) Fälle von Harnröhrenstriktur bei Frauen kommen selten vor, oder zum wenigsten werden sie selten beobachtet und publiciert. Seit 1824 (Lisfranc) sind erst 60 Fälle mitgeteilt worden. Bei etwa dem dritten Teil derselben war Blennorrhoe das ursächliche Moment, bei den anderen werden Verletzungen intra partum, puerperale Entzündungsprozesse, Gangrän der Vagina, Neoplasmen, kongenitale Defekte, übermäfsiges Kauterisieren, sowie auch in ganz seltenen Fällen Schanker der Urethra erwähnt. Letztere Affektion hat B. zweimal beobachtet, sowie einmal senile Schrumpfung nach Kraurosis vulvae. Die sekundären Symptome (Cystitis etc.) sind im wesentlichen dieselben wie beim Manne. Die Diagnose ist meist leicht, da die Verengerung gewöhnlich im vorderen Drittel der Harnröhre gelegen ist. In therapeutischer Beziehung wird die allmähliche Dilatation mit dem Simonschen Speculum oder Hegarschen Dilatatoren empfohlen, im Notfall die Urethrotomia interna oder externa. *Philippi-Remscheid.*

Audry-Toulouse beschreibt eine **neue operative Behandlungsmethode der narbigen Urethralstrikturen.** Dieselbe besteht in der Incision der Narbe in der Richtung der Längsachse der Urethra und in der Vereinigung der beiden Extremitäten des Schnittes durch eine Naht, wodurch der Längsschnitt in einen queren umgewandelt wird. (*Arch. prov. de chir.* 1894.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Resektion der Strikturen im perinealen Abschnitte der Urethra mit nachfolgender Urethroplastik, von Villard. (*Arch. prov. de chir.* V. 1894.) Die Methode ist relativ neueren Datums und wurde in Frankreich durch Bourguet, Mollière und Guyon empfohlen. Sie ist eine totale oder partielle, je nachdem die ganze narbige Partie oder nur der härteste Teil derselben excidiert wird. Nach der Excision folgt die Vereinigung der Wundränder durch Naht. Das Resultat ist ausgezeichnet; Recidive kommen bei richtiger Ausführung der Operation nicht vor. Kontraindiciert ist die Operation bei grofser Ausdehnung der indurierten Partie, in welchem Falle die Urethrotomia externa an ihre Stelle treten müfste.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Forcierte, lokalisierte Dilatation bei der Behandlung der Harnröhrenstriktur, von J. P. Tuttle. (*New York med. Journ.* 13. April 1895.) Verfasser hat vor

einigen Jahren ein Instrument angegeben (*New York med. Journ.* 8. Oktober 1891, vide auch *Monatsh.* Bd. XIII. pag. 534), vermittelst dessen man eine circumskripte Dehnung der Harnröhre vornehmen kann. Dasselbe ist im wesentlichen wie die gewöhnlichen Dilatatoren (mit drei Branchen) konstruiert, aber mit der Modifikation, daſs beim Anziehen die Branchen nur an einem bestimmten Punkte auseinandergehen. Es wird auch viel Gewicht auf die Kappe von Gummi elasticum gelegt, welche übergezogen wird, um eine etwaige Einklemmung der Schleimhaut zu verhindern. In der vorliegenden Mitteilung wird über eine Serie von 26 Fällen berichtet, bei denen der Apparat ausgezeichnete Dienste geleistet hat; mit den früheren zusammen sind jetzt 65 Patienten vom Verfasser damit behandelt worden. Er hat nach wiederholten Untersuchungen intra vitam und an der Leiche, ebenso wie Otis und Sappey, festgestellt, daſs die Harnröhre normalerweise durchaus nicht an allen Stellen gleichmäſsig weit ist, und es sei deshalb rationell und auch durch den Erfolg begründet, diese Verengerungen (z. B. an der Pars membranacea, am vorderen Ende der Pars bulbosa, am hinteren Ende der Fossa navicularis) womöglich unverändert zu lassen. *Philippi-Remscheid.*

Die Radikalbehandlung von Harnröhrenstrikturen, von J. P. Bryson. (*Med. News.* 1. September 1894.) Mit der Bezeichnung Harnröhrenstriktur verbinden wir nicht bloſs den Begriff der Verengerung, sondern auch den derselben zu Grunde liegenden pathologischen Prozeſs der periurethralen Entzündung, oder des Folgezustandes desselben, der Narbenbildung. Diese Entzündung beruht auf Reizung durch den die Schleimhaut durchdringenden Urin; namentlich kommt sie aber bei Beteiligung der Littréschen Drüsen vor. Wenn es nun gelingt, nach mechanischer Beseitigung der Verengerung den Entzündungsprozeſs durch lokale Applikationen zu hemmen, so kann eine dauernde Heilung auch ohne weitere Nachbehandlung erzielt werden. B. hat verschiedene Fälle von diesem Gesichtspunkte aus behandelt, und einer derselben ist jetzt bereits fast vier Jahre auch ohne Nachbehandlung völlig gesund geblieben. *Philippi-Remscheid.*

Weitere Resultate der doppelten **lineären Elektrolyse bei der Behandlung von Strikturen**, welche der Dilatation hartnäckig widerstehen, von Lavaux. (*La Chir. contemp. des org. gén.-ur.* 1894. No. 5.) Unter dem Namen der doppelten lineären Elektrolyse hat Lavaux eine Operation beschrieben, die darin besteht, daſs man bei Strikturkranken mittelst des elektrolytischen Urethrotoms im Niveau der Verengerung zwei Schnitte durch das ganze fibröse Gewebe an zwei diametral entgegengesetzten Punkten anlegt, nämlich an der oberen und an der unteren Wand des Kanals. Es zeigte sich, daſs der unmittelbare Erfolg ein ausgezeichneter war; Lavaux verfolgte nun das weitere Schicksal der so Behandelten und fand noch bestehende Heilung bei einstigen Strikturkranken, welche vor 2, 1½ Jahren und vor einem Jahre operiert und entsprechend nachbehandelt worden waren. Diese Nachbehandlung bestand darin, daſs man alle 3—4 Wochen Bougies von No. 18—20 einlegte. Unterblieb dies, trat Recidiv ein. Lavaux sieht deshalb in der doppelten lineären Elektrolyse eine wohlthätige, leichte, wenig schmerzhafte Operation, die weder Bettruhe, noch Verweilkatheter verlange, deren unmittelbare, wie spätere Resultate vortrefflich sind, vorausgesetzt, daſs die Operierten der Nachbehandlung sich unterziehen. Sie sollte in der Mehrzahl der Fälle als Operation der Wahl betrachtet werden. *Neuhaus-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

1895.

Gummelt del.

ens-
iner
eite

wohl
dem
der
rzer
ngen
nder
der
ysio-
tend
rden.
itten
zu
un-
urch
reits
rate
rönt
ahre
nnte
chen

einige
vide
Dehn
gewöl
dafs
gehen
welch
hinde
bei d
zusam
nach
und S
Stelle
begrü
der P
zu las

(*Med.*
wir ni
liegend
zustan
den di
der L
der V
kann
B. hat
selben
geblie

von S
Chir.
lineäre
man h
Vereng
gesetzt
Kanals
Lavau
bestehe
einem
behand
legte.
lineäre
weder
Resulta
sich u
betrach

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXI. No. 10. 15. November 1895.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Das Leistensystem der Oberhaut beim Hunde.

Von

H. Brandt,
Tierarzt in Hamburg.

(Mit Tafel III u. IV.)

Zuvörderst sei es mir gestattet, Herrn Dr. Unna für die liebenswürdige Bereitwilligkeit, mit welcher derselbe mir das Material zu meiner Arbeit zur Verfügung stellte und bei der Anfertigung mit Rat zur Seite stand, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Als eine der jüngeren Spezialwissenschaften der Medizin dürfte wohl die Dermatologie gelten, und es ist nur dem Umstande, dafs seit dem Bestehen des Faches sich sehr bedeutende Männer diesem Zweige der Medizin gewidmet haben, zu verdanken, dafs in verhältnismäfsig kurzer Zeit so wichtige und epochemachende Entdeckungen und Erfindungen gemacht worden sind, wie es der Fall ist. So war es von weittragender Bedeutung, als vor einer Reihe von Jahren durch eine neue Methode der Untersuchung unsere Kenntnisse in Bezug auf die Anatomie und Physiologie der Haut, sowie bezüglich der Oberhautfelderung sowohl bedeutend erweitert, als auch zum Teil erst in die richtigen Bahnen gelenkt wurden. Nachdem man nämlich bisher aus Serien von Quer- und Horizontalschnitten der Haut auf müsamem und umständlichem Wege Kenntnisse zu sammeln bemüht gewesen, blieben diese doch sehr ungenau und unzuverlässig, infolgedessen die Schlufsfolgerungen oft falsch. Durch Kölliker nun und einige Autoren der damaligen Zeit wurden bereits Verbesserungen und Vereinfachungen in der Herstellung der Hautpräparate eingeführt; systematisch durchgeführt und mit positiven Erfolgen gekrönt war jedoch die Methode, welche Blaschko zu Anfang der achtziger Jahre für die Betrachtung des Baues der Oberhaut eingeführt hat. Er trennte zuerst von toten, schon in Fäulnis übergehenden Früchten, bei welchen

sich die Epidermis leicht von der Cutis abheben läfst, die Oberhaut ab, färbte sie und untersuchte deren Unterfläche. Hierbei fand er nun, dafs die bisherigen Anschauungen, welche man durch die Untersuchung der Haut an Quer- und Horizontalschnitten gewonnen hatte, zum grofsen Teil auf falschen Voraussetzungen beruhten. So sind z. B. die Epithelwucherungen, die sich zwischen die Cutispapillen einsenken und welche man bis dahin als Epithelzapfen ansah, nicht immer Zapfen, sondern oft Querschnitte von Epithelleisten, welche sich kreuzend ein Netzwerk von verschieden grofsen Maschenräumen bilden. Dergestalt wurden durch Blaschko die Anschauungen über den Bau der Oberhaut in die richtige Bahn gelenkt. Der Zukunft nun war es vorbehalten, die Methode, d. h. die Herstellung der Präparate zu verbessern, da durch die Fäulnis die natürlichen Verhältnisse der Haut beeinträchtigt und die Bilder ungenau wurden, ferner man sich sagen mufste, dafs ohne Zweifel grofse Unterschiede bestehen müfsten zwischen der den Föten entnommenen Haut und der von erwachsenen Menschen. Es wurden nun von mehreren Autoren verschiedene Versuche angestellt, wie z. B. mit Kochen, künstlicher Fäulnis der Haut etc., welche alle nicht zu dem gewünschten Resultat führten, bis Philippson im Jahre 1889 in seiner Abhandlung: *„Über die Herstellung von Flächenbildern der Oberhaut und der Lederhaut"* über eine Methode berichtet, auf künstlichem Wege durch Anwendung von Säuren eine durch die verschiedene Quellungsfähigkeit von Epithel und Cutis bedingte Trennung herbeizuführen. Er legte Hautstücke je nach der Gröfse und Dicke 1—3 Tage in $^1/_3$—$^1/_4$%ige Essigsäure und konnte dann mit Vorsicht die Oberhaut von der Lederhaut abheben. Seine Resultate bestätigen und erweitern die Angaben Blaschkos. Er unterscheidet in betreff der Oberhautfelderung des ganzen Körpers die verschiedenen Arten von Furchen, und zwar: Senkungs-, Knickungs- und Spannungsfurchen. Die erste ist aktiv entstanden durch Proliferation der Epidermis und Einsinken der Hornschicht, die beiden letzteren passiv durch Verschiebung der Haut; die erste ist von anatomischen Verhältnissen abhängig, die beiden letzteren sind durch physiologische Verhältnisse bedingt. Nachdem Philippson seine Abhandlung über die Herstellung von Flächenbildern der Oberhaut und der Lederhaut und ihre Struktur im allgemeinen veröffentlicht hatte, gab Loewy uns, anknüpfend an diese Arbeit, in seinem *„Beitrag zur Anatomie und Physiologie der Oberhaut"* eine Beschreibung der Oberhautfelderung an den verschiedenen Körperregionen: die der Lippen und der äufseren Geschlechtsorgane an der unbehaarten Haut, des Halses, der Brust, des Bauches, der Extremitäten und des Kopfes an der behaarten Haut, und äufserte zum Schlufs in einer längeren Kritik eine andere Ansicht als Philippson in betreff der Entstehung der dreierlei Falten und ihrer Benennung.

Nachdem somit von mehreren Autoren die Oberhaut des Menschen in verschiedener Weise und nach verschiedenen Richtungen hin bearbeitet und studiert und sehr wichtige Aufschlüsse über die Verhältnisse sowohl der normalen, als der pathologisch veränderten Haut zu Tage gefördert waren, habe ich, angeregt durch Herrn Dr. UNNA, die betreffenden Verhältnisse beim Hunde, und zwar bei demjenigen, dessen Haut makroskopisch der des Menschen am meisten ähnelt, dem chinesischen oder sog. nackten Hunde, festzustellen versucht.

Zur Präparation der Haut, um das Epithel möglichst leicht und unverletzt von der Cutis abheben zu können, sind von obigen Autoren verschiedene Säuren angewendet und empfohlen; ebenso zur Färbung verschiedene Farbstoffe. Ich habe mich bei meiner Arbeit nach mehrfachen Versuchen zu folgender Methode entschlossen:

Die Hautstücke werden in eine $^1/_3$—$^1/_4$%ige Essigsäurelösung gelegt, nachdem an behaarten Stellen die Haare vorher kurz abgeschnitten oder abrasiert waren, und verbleiben darin, je nach der Gröfse der Hautstücke und der Dicke des Epithels, verschieden lange Zeit, bis sich die Oberhaut von der Lederhaut abheben läfst. Am schnellsten, in circa 40 Stunden, ist dieses bei der Zunge der Fall, längerer Zeit bedarf es bei der Haut der Augenlider, Achselhöhle, Leistengegend, des Bauches u. s. w., am längsten, circa 5—6 Tage, mufs die Haut des Rückens, der Stirn und Pfote in der Lösung bleiben. Nach erfolgter vorsichtiger Trennung färbe ich mit Hämatoxylin, entfärbe mit saurem Alkohol und bette nach vorherigem Aufhellen in Bergamottöl derart in Kanadabalsam ein, dafs ich die der Cutis zugewendete Seite zu Gesicht bekomme. Bei der nun folgenden Untersuchung der Präparate finde ich sehr grofse Unterschiede im Vergleich mit den entsprechenden Stellen beim Menschen, sogar meistens völlig andere Verhältnisse, ganz abgesehen von der Pfote, Nase u. s. w., da diese abweichend gebauten, dem Hunde eigentümlichen Hautregionen beim Menschen überhaupt kein Analogon finden.

Es erhoben sich im Verlaufe der Untersuchung mehrere Fragen, deren Lösung mit der soeben mitgeteilten, einfachen Methode nicht vollständig erreicht wurden und die Heranziehung von Horizontal- und Vertikalschnitten der Haut notwendig machte. Einerseits ist nämlich an manchen Stellen durch Unterbrechung des Zusammenhanges der epithelialen Fortsätze mit den in der Cutis verbleibenden Organen die Deutung der ersteren erschwert, andererseits sind die gewonnenen Oberhautplatten hin und wieder (Pfote) zu dick, um alle feineren Verhältnisse mit Sicherheit erkennen zu lassen.

Die erste Schwierigkeit macht sich besonders geltend bei der Unterscheidung der Haarbälge von den Drüsenschläuchen. Beide werden nämlich beim Abziehen des Epithels von der Cutis wie Handschuhfinger

mehr oder minder vollständig aus der Lederhaut mit herausgezogen, reifsen verschieden lang ab und sind oft ohne weiteres nicht voneinander zu unterscheiden. Die Haarbälge kennzeichnen sich in den Flächenbildern, wenn, wie es am häufigsten vorkommt, das Haar herausgefallen ist, von den Drüsenschläuchen immer noch durch folgende Merkmale: sie sind meistens länger aus der Cutis mit herausgezogen, während die Drüsenschläuche kürzer abreifsen. Der Haarbalg hat gröfseren Querdurchmesser, eine deutlich erkennbare, durch die schräge Einpflanzung elliptisch verkürzte, trichterartige Öffnung an der Mündung in das Epithel und eine starke, widerstandsfähige Wandung. Er bietet somit das Bild eines geraden, nicht in sich zusammenfallenden, also hohlen und nicht übermäfsig gefärbten Cylinders dar, welcher oft an der Rifsstelle zerfasert oder gezackt erscheint. (S. Figg. 8 u. 9.)

Die Drüsenschläuche sind kürzer, von geringerem Durchmesser, haben feinere, weniger widerstandsfähige Wandungen, infolgedessen sie in sich zusammenfallen; ferner besitzen sie sehr kleine, kaum erkennbare Öffnungen an ihrer Ausmündung im Epithel und somit das Aussehen kurzer, sehr dunkel gefärbter, spitzer Kegel mit abgerundeter und meist abgebogener Spitze. (S. Figg. 8 u. 9.)

Aufser den Haarbälgen und Drüsenschläuchen treffen wir in den Flächenbildern noch andere epitheliale Bildungen, deren Deutung sich nicht ohne weiteres ergiebt. Loewy spricht in seinem *„Beitrag zur Anatomie und Physiologie der Oberhaut“* von Zentren oder Wirbeln im Verlaufe der Leisten, welche besonders an der Brust, am Bauche und an den Genitalien auftreten und sich aus radiär zu einem Punkte hin zusammenströmenden Leisten zusammensetzen. Die das Zentrum bildenden Leisten sind zum Teil durch mehr oder minder ausgeprägte Querleisten untereinander verbunden; oft ist das Zentrum klein, ja punktartig, oft stellt es ein schollenartiges Gebilde dar, von dem baumartig die Leisten ausstrahlen. Derartige Figuren, d. h. Wirbel aus radiär sich anordnenden Leisten fand ich auf der Milchdrüse und an der Flanke. Anfangs konnte ich mir deren Vorkommen und Anwesenheit nicht anders erklären, als indem ich sie in Beziehung zu einem Haarbalg oder einer Schweifsdrüse brachte, bis ich durch Vergleichung mit Vertikalschnitten zu dem Resultat gelangte, dafs diese Gebilde mit solchen in keinem Zusammenhange stehen, sondern selbständige Wirbel darstellen. Von einem punkt- oder schollenartigen Zentrum kann bei den wenigen Wirbeln (Milchdrüse und Flanke) der Hundehaut keine Rede sein. (S. Fig. 10.) Die Leisten treten vielmehr nur eng zur Bildung eines Wirbels zusammen, ohne ihre Selbständigkeit aufzugeben. Überhaupt scheint mir der Vergleich des Zentrums mit einer Scholle nicht glücklich gewählt, denn auch auf Loewys Fig. 8 sieht man nur ein Netz von Leisten, welches an einer

Stelle in einer Verdichtung der Maschen eine Art von Zentrum, aber keine zentrale Epithelwucherung als ein selbständiges Gebilde aufweist.

Im Vergleich zu diesen Wirbeln ist eine andere Anordnung der Leisten beim Hunde viel häufiger, ja sogar in grofser Menge an vielen Körperregionen vorhanden. Es sind dieses am Hals, Nacken, Rücken, After und in der Achselhöhle konzentrisch angeordnete Anhäufungen von Epithelleisten, denen ich den Namen „Konvolute" beilegen möchte. Sie bestehen, wie Fig. 10 zeigt, aus konzentrisch verlaufenden Leistenringen in verschiedener Anzahl (1—6) und von verschiedener Höhe und Entwickelung, zum Teil vollständig geschlossene Ringe, zum Teil ineinander übergehende Segmente solcher bildend. Auch hier ist das Zentrum nicht, wie man bei oberflächlicher Betrachtung vermuten könnte, ein Haarbalg oder ein Drüsenschlauch, sondern entweder ein kleiner, punktartiger oder gröfserer Konus, oder es sind durch Querleisten untereinander verbundene kurze Leisten vorhanden, oder endlich können mehrere kleine Konvolute, durch konzentrisch verlaufende Epithelleisten verbunden oder eingeschlossen, wiederum ein gröfseres Konvolut bilden.

In betreff endlich der auf der tierischen, wie auf der menschlichen Haut vorkommenden Furchen und Falten will ich weder auf die zwischen den einzelnen Autoren, wie Lewinski, O. Simon, Unna, Blaschko, Philippson und Loewy, bestehende Streitfrage in Bezug auf Ursprung, Entstehung und Benennung derselben, noch auf die vielen, sehr verschieden gegebenen Nomenklaturen eingehen. Während nämlich einige Autoren die Oberhautfelderung als einen Ausdruck der verschiedenartigen Papillenverteilung ansehen, d. h. als „linienförmige, tiefere Einsenkungen der Hornschicht, deren Lage durch einen entsprechenden strichförmigen Mangel der Papillen vorgezeichnet ist", geben andere eine Erklärung, welche auf die bei jeder Bewegung im Gebiete der Muskelaktion erfolgende Verschiebung der in Form eines rhomboidalen Maschenwerkes angeordneten Bindegewebsfasern der Cutis gebaut ist. Hierdurch sei diese befähigt, einer jeden auf sie wirkenden Kraft nachzugeben durch bloſses Verlängern oder Verkürzen bald der einen, bald der anderen Rhombusdiagonale, während die im Überschufs angelegte Epidermis, welche diese Einrichtung nicht besitzt, die nicht sehr elastisch ist und äufsere Einwirkungen nicht durch innere Umlagerung ausgleichen kann, jede Verschiebung der einzelnen Punkte zu einander mit einer Faltung und Knickung nach der einen und Ausziehen von Falten in der anderen Richtung beantworten mufs. Noch andere Forscher unterscheiden Furchen, welche von anatomischen Verhältnissen abhängig, durch Proliferation der Stachelschicht in Form von Leisten bedingte Einsenkungen der Hornschicht sind, sog. „Senkungsfurchen", von solchen, welche, durch physiologische Verhältnisse bedingt, entweder durch Knickung der Haut

entstehen: quer über die Gelenke verlaufende „Knickungsfurchen“, oder als kompliciertes Furchennetz sich über die gesamte Haut ausspannende „Spannungsfurchen“. Nun ist aber bekannt, dafs die Epidermis von vornherein schon im Überflufs angelegt ist, von einer Spannung derselben also selbst über den Gelenken kaum die Rede sein kann, indem die dort befindlichen Furchen sogar bei äufserster Beugestellung nicht völlig verschwinden; ferner ist auf der übrigen Haut nicht mit positiver Sicherheit im Ruhezustande zu unterscheiden, was Knickungs-, was Spannungsfurchen sind, indem erstere senkrecht, letztere parallel der wirkenden Kraft entstehen und beide Arten im Ruhezustande der Haut in gewissem Grade vorhanden bleiben, wie man sich bei der Betrachtung des Handrückens beim Menschen überzeugen kann. Deshalb möchte ich ohne Rücksicht auf die oben citierten Ansichten und Erklärungen anderer Autoren sämtliche Furchen der Oberhaut mit dem Namen „Bewegungsfurchen“ belegen.

Ich wende mich nun nach diesen Vorbemerkungen zur Beschreibung meiner Präparate und beginne mit denjenigen Regionen der Haut, in welchen der Aufbau des Epithels am kompliciertesten ist und somit am meisten Interesse beanspruchen dürfte, der Pfote und Nase. In diesen Präparaten hat man, kurz zusammengedrängt, das Bild des haar- und drüsenlosen, ziemlich regelmäfsigen, sowie des behaarten, mit Drüsen versehenen, ungleichmäfsigen Epithels und die den Übergang zwischen beiden vermittelnde Grenzzone, welche ein ebenso charakteristisches Bild liefert, wie die extrem verschiedenen Regionen, die sie verbindet.

An der Pfote des Hundes beginne ich mit der Sohlenfläche einer Zehe, woselbst sich eine stark entwickelte, hornartige, haarlose Epithelüberkleidung befindet. Fig. 1 stellt diesen Epithelüberzug abgehoben und bei durchfallendem Lichte und schwacher Vergröfserung dar, von der Unterseite her betrachtet. Man sieht die hier erhaben liegenden Epithelleisten als ein dunkles Netz; die tütenförmigen, sich schräg einsenkenden Höhlungen, in welchen die Papillen safsen, als helle, isolierte Kegel. Das Netz der Epithelleisten erscheint ungewöhnlich dunkel, da es aufser seiner Höhe und scharfen Begrenzung noch stark pigmentiert ist. In das Lumen seiner quadratischen oder polygonalen Maschen mit mehr oder minder abgerundeten Ecken sieht man schmale, niedrige, kurze, sekundäre Leisten hineinragen, welche sich von den primären abzweigen. Dieses sind flügelartige Platten, von der Kante aus gesehen, den primären Leisten rechtwinkelig angesetzt und die Papillen bis ungefähr zu ihrer halben Höhe einkerbend. Die primären Leisten sind, wie uns die Oberfläche der Cutis lehrt, die Wandungen von nicht senkrechten, sondern schräge zur Fufssohle, nach hinten gestellten Trichtern, welche sich über die hohen, kegelförmigen, in unregelmäfsigen Reihen angeordneten, schräg nach hinten

verlaufenden Cutispapillen stülpen. Die Papillen zeigen an ihrer Basis verschieden lange und tiefe Einkerbungen, herrührend von den soeben beschriebenen sekundären Leisten. Je näher dem Sohlenrande der Zehe, desto mehr flachen sich die primären Epithelleisten ab, wie wir in Fig. 2 sehen; ihre Höhe und Entwickelung wird geringer, während die sekundären Leisten an Stärke und Ausdehnung zunehmen. Das Maschennetz wird unregelmäfsiger, die Maschen oder Trichter gröfser, ihre Form mehr länglich oval. Analog nehmen die Cutispapillen an Höhe und Regelmäfsigkeit der Form und Anordnung ab, stehen sehr schräge zur Oberfläche, bekommen breitere Basis und tiefere und längere, fast bis zu ihrer Spitze reichende Einkerbungen. Zwischen den Zehen treten dann Haarbälge und Drüsenschläuche auf. Sämtliche Leisten verlieren zu Gunsten der Haare bedeutend an Stärke und Entwickelung, die primären werden schmal und niedrig (s. Fig. 3), die sekundären im Verhältnis länger und höher, ihre Anordnung unregelmäfsig, bis schliefslich jede gegenseitige Beziehung schwindet, keine Unterschiede zwischen beiden mehr erkennbar sind und man nicht mehr von einem Maschennetz reden kann. Die in grofser Menge auftretenden Haarbälge und Drüsenschläuche münden vielfach an den Kreuzungspunkten der unregelmäfsig verlaufenden Leisten, während das Pigment sehr häufig insofern zu den Haarbälgen in Beziehung tritt, als es aus diesen wie aus einem Füllhorn herausquillt, um dann allmählich sich im Gewebe zu verlieren.

Die Epithelüberkleidung der Nase zeigt uns ebenfalls an dem Eingang in die Nasenhöhlen sehr hübsch den Unterschied zwischen der Oberhaut der unbehaarten und der behaarten, drüsenhaltigen Haut, sowie eine charakteristische Grenzzone. Wie Fig. 3 zeigt, sind auf dem Nasenspiegel die trichterförmigen Einstülpungen des Epithels, welche durch die Cutispapillen gebildet werden, so schräge zur Oberfläche geneigt, d. h. dem Naseneingang zugewendet, dafs im Präparat immer nur die eine Seite des Randes der Öffnung als Leiste deutlich hervorspringt. Diese je nach der Gröfse der dazu gehörigen Papillen mehr oder weniger gebogenen, verschieden langen, pigmentierten Leisten gehen nur zum Teil ineinander über und bilden annähernd parallele, vielfach unterbrochene Züge. Je näher der Grenzzone, d. h. an der Nasenspitze, desto breiter werden die Papillen, ohne dafs die Entwickelung der Leisten in entsprechendem Mafse abnimmt. Die letzteren rücken mithin weiter auseinander, ihre parallele Anordnung schwindet ganz, und ihre Form wird eine sehr verschiedenartige und ungleichmäfsige. Am Eingang in die Nasenhöhle, d. h. auf der Grenzzone, befinden sich, wie wir aus Fig. 5 ersehen, durch niedrige, schmale, nicht pigmentierte Epithelleisten begrenzte, verschieden grofse, undlich oder oval geformte, anfangs kleine und je weiter der Nasenhöhle zu um so gröfser werdende Maschen oder Trichter. Diese werden durch

ziemlich hohe und starke, pigmentierte, interpapilläre Leisten abgeteilt, welche vom Rande in das Innere des Trichters radiär hineinziehen, um sich dort zu einem vielgestaltigen (im Bilde dunkel gefärbten) Epithelkörper zu vereinigen. Dieselben verlaufen in allen Trichtern schräge zur Oberfläche nach innen, dem Naseneingang zugewendet, und bilden dabei durch ihre sekundären Verästelungen und vielfachen hufeisenförmigen und anderen Krümmungen sehr verschiedenartige und eigentümliche Figuren, welche durch einen Blick auf Fig. 5 besser verdeutlicht werden, als durch eine eingehende Beschreibung. Dementsprechend ist die Papillarbildung innerhalb eines Trichters ebenfalls von grofser Mannigfaltigkeit in Gestalt und Gröfse und je nach der Entwickelung der sie abteilenden sekundären Leisten entweder isoliert oder konfluierend. Dieses Bild hört in der Nasenhöhle mit scharfer Grenze auf, indem auf der Oberhaut derselben die begrenzte Form der Trichter, d. h. die Konturen derselben, welche durch die nicht pigmentierten, niedrigen Epithelleisten gebildet wurden, plötzlich schwinden. So erhalten wir das Bild: Fig. 6. Die radiär verlaufenden, pigmentierten, interpapillären Epithelleisten bleiben bestehen, allerdings auf Kosten der jetzt auftretenden Haare weniger entwickelt insofern, als sie zwar ziemlich lang bleiben, aber nur schmal, niedrig und verschwommen konturiert erscheinen. Dieselben liefen auf der Grenzzone, wie wir oben gesehen haben, zu einem gut entwickelten, vielgestaltigen Epithelkörper zusammen, in der Nasenhöhle bilden sie die adiäre Anordnung zu den in grofser Menge auftretenden Haarbälgen und Drüsenschläuchen. Zwischen diesen pigmentierten interpapillären Leisten befindet sich die im Bilde helle, die verschieden geformten, konfluierenden Cutispapillen bedeckende, zarte, dünne, suprapapilläre Epithelschicht.

Als drittes Präparat will ich die Backe mit der Lippe beschreiben. Das Epithel bildet hier hohe, ziemlich gleich- und regelmäfsige, parallel zu den Lippen verlaufende, eng stehende, schräg zur Oberfläche geneigte, d. h. der Mundhöhle zugewendet, pigmentierte Leistenzüge. Diese verlieren, je mehr man sich den Lippen nähert, an Regelmäfsigkeit; ihr Pigmentgehalt nimmt ab, die Entwickelung der Leisten nimmt zu, und sie bilden nicht mehr gleichmäfsige, etwas schräg geneigte Längszüge, sondern lassen als trichterförmige Einstülpungen über die äufserst schräg zur Oberfläche gestellten Cutispapillen, ähnlich wie in Fig. 4 bei der Nase, nur die eine Seite des Randes der Öffnung als Leiste erkennen. Diese mehr oder weniger gebogenen, verschieden hohen und starken Leisten sind in regelmäfsigen Zügen aneinandergereiht. Am Lippenrande nun laufen diese völlig pigmentlosen Epithelleistenzüge nicht mehr parallel mit den Lippen, sondern zwischen den zackigen, warzenähnlichen, ovalen Randvorragungen, welche bei gleicher Leistenbildung wie die Umgebung stark pigmentiert sind, in senkrechter Richtung zu den

Lippen, um innerhalb derselben in der Mundhöhle wiederum einen parallelen Verlauf anzunehmen. Die Leisten werden hier anfangs Hand in Hand mit einer stärkeren Entwickelung der Cutispapillen breiter und länger, verlieren aber dann bald an Regelmäfsigkeit in der Anordnung, sowie an Höhe und Ausdehnung, so dafs schliefslich die pigmentlosen Epithelleisten als niedrige, schmale, schwach entwickelte, unregelmäfsige, vielfach unterbrochene Züge verlaufen.

Hieran anschliefsend, will ich wegen seiner charakteristischen Bauart und als eo ipso unbehaart eine Beschreibung der Zungenschleimhaut knüpfen. Es ziehen niedrige, breite, pigmentlose, fast parallel miteinander verlaufende Leisten auf dem Zungenrücken quer zu der Zunge, um nach Beschreibung eines Bogens an den Seitenrändern in der Längsrichtung derselben zu verlaufen. Sie bilden also konzentrisch ineinanderliegende Hufeisen, deren Öffnungen dem Zungengrunde, deren Krümmungen folglich der Zungenspitze zugewendet sind. Je nach der Form der Zunge sind diese in hufeisenförmigen Reihen angeordneten Leisten verschieden gestaltet, d. h. ihre Form ist je nach der Breite des Organs in der Rundung mehr oder weniger abgeplattet, so dafs sie am Zungengrunde eine breite, flache, an der Zungenspitze eine runde, schmale, spitze ist. Diese primären interpapillären Leisten sind durch sekundäre, etwas schmälere, ebenfalls niedrige und pigmentlose, rechtwinkelig zu ihnen stehende Leisten untereinander verbunden, einen mehr oder weniger quadratischen Raum mit abgerundeten Ecken begrenzend. (S. Fig. 7.) Hierin finden wir eine die hohen und stark ausgeprägten Papillen überkleidende, gut entwickelte Epithelschicht vor, welche je nach der Form der Papillen das Aussehen ändert. Da die Mehrzahl derselben schräg zur Oberfläche nach hinten geneigte Papillae filiformes sind, so haben wir in der Hauptsache hohe, spitze, mehrfach tief gezackte, schräg verlaufende, hohle Kegel mit starker Wandung. Der Epithelmantel dagegen, welcher die in der Minderheit auftretenden fungiformen Papillen bekleidet, setzt mit breiterer Basis an, ist weniger hoch, besitzt einen gröfseren Durchmesser, steht mehr senkrecht und hat dünnere Wandung, infolgedessen er meistens abgerissen und in sich zusammengefallen ist.

Nachdem ich diese mit komplizierten Übergängen und charakteristischen Eigentümlichkeiten versehenen Präparate vorausgeschickt, wollen wir nun die Haut der gesamten Körperoberfläche in Bezug auf ihre Epithelbeschaffenheit betrachten, und ich gehe dabei von derjenigen Körperregion aus, deren Oberhaut die mannigfaltigste Einrichtung zeigt, um dann stufenweise zu den einfacheren Formen zu gelangen.

Vulva: Wie wir in Fig. 8 sehen, bilden viele Haarbälge und Drüsenschläuche mit ihrer Insertion an der Epidermis das Zentrum oder den Knotenpunkt von radiär verlaufenden Leisten. Diese strahlenförmig

angeordneten Epithelleisten, deren Zahl zwischen zwei und sechs schwankt, verlieren sich, allmählich schwächer werdend, im Gewebe und stehen zum Teil mit den vielen unregelmäfsig verlaufenden und sich kreuzenden Bewegungsfurchen insofern im Zusammenhang, als sie, von diesen in ihrer Längsrichtung getroffen, der Länge nach gespalten erscheinen. Die zu den Organen nicht in Beziehung stehenden, selbständigen, weniger hohen Leisten lassen, allerdings oft unbestimmt und sehr unregelmäfsig, einen zur Vulva zentripetalen Verlauf erkennen. Konvolute von Epithelleisten sind nicht vorhanden. Das in reichlicher Menge vorhandene Pigment ist, bei schwacher Vergröfserung beobachtet, über die gesamte Oberfläche ziemlich gleichmäfsig verteilt.

Am Anus verlaufen zu den in geringer Anzahl vorhandenen Haarbälgen und Drüsenschläuchen niedrige, schmale, konzentrisch angeordnete Epithelleisten in grofser Menge und regelmäfsiger Anordnung. Viele Bewegungsfurchen, welche sich als helle Streifen kennzeichnen, kreuzen sich unter mannigfaltigster Winkelstellung im Präparat und bilden häufig radiäre Strahlen zu den Haarbälgen und Drüsenschläuchen. Während also die Bewegungsfurchen an der Vulva bei radiärer Leistenanordnung mit denselben verlaufen und sie oft der Länge nach spalten, zerteilen sie am Anus bei gleicher Verlaufsrichtung die konzentrischen Leistenringe häufig in verschieden grofse Kreissegmente. Konvolute von Epithelleisten aus sehr vielen und gut entwickelten konzentrischen Ringen, deren Zentrum Papillen in verschiedener Gröfse, Form und Zahl sind, kommen in grofser Menge vor. Pigment ist nur wenig in ungleichmäfsiger Verteilung vorhanden.

Ubera: Haarbälge sind mit schwacher Vergröfserung nicht aufzufinden, Drüsenschläuche nur verschwindend wenige, und diese ohne Einfluſs auf die Leistenbildung. Der Verlauf der Epithelleisten ist an der Basis des Euters ein radiärer, d. h. dem Scheitel desselben zugewendet; in der Mitte kreuzen sie sich in einer breiten Zone ohne ausgesprochene Richtung und laufen auf der Warze konzentrisch rings um die Zitzen, eine Anordnung, wie sie Lokwy ähnlich beim Menschen auf der Glans gesehen und beschrieben hat. Zwischen den Ausführungsgängen der Milchdrüse auf den Zitzen nehmen die Leisten an Höhe und Entwickelung bedeutend zu, Verlauf und Anordnung derselben wird sehr unregelmäfsig und steht in keiner Beziehung zu den Mündungen. Konvolute von Epithelleisten sind nicht vorhanden, dagegen einige ziemlich gut entwickelte Wirbel, d. h. radiär eng zur Bildung eines Schopfes zusammentretende Leistenansammlungen, welche ihre Selbständigkeit nicht verlieren, also nicht im Zentrum zusammenfliefsen. Bewegungsfurchen kreuzen sich in mäfsiger Zahl und weiten Abständen unter den verschiedensten Winkeln auf der Drüse mit Ausnahme der Zitze. Hier ist

auch die Oberhaut pigmentlos, während viel und ziemlich gleichmäfsig verteiltes Pigment sich auf der gesamten übrigen Milchdrüse vorfindet.

Oberes Augenlid: Viele Haarbälge und Drüsenschläuche, zu denen die Epithelleisten in radiärer und konzentrischer Richtung (s. Fig. 9) angeordnet sind, erstere allerdings in überwiegender Anzahl. Diese deutlich und scharf sich abhebenden, hohen und ziemlich regelmäfsig verlaufenden Leisten verbreiten sich, allmählich schwächer werdend und zusammenfliefsend, über das gesamte Augenlid und geben dem Präparat ein sehr krauses Aussehen. Konvolute und Wirbel sind nicht vorhanden. Das in grofser Menge sich vorfindende Pigment quillt entweder aus den offenen Haarbälgen heraus, um dann, im Gewebe sich ausbreitend, allmählich zu verschwinden, oder ist auf den Leisten abgelagert. Die unregelmäfsig verlaufenden und unter verschiedenen Winkeln sich kreuzenden Bewegungsfurchen haben zum Teil zu den radiär zu den Haarbälgen und Drüsenschläuchen angeordneten Epithelleisten insofern Beziehung, als sie, wie auf der Vulva mit denselben verlaufend, häufig die Leisten der Länge nach zu spalten scheinen.

Nacken: Von den vielen Haarbälgen und Drüsenschläuchen sind nur wenige mit niedrigen, schmalen, schwach entwickelten, radiär angeordneten Leisten versehen, wogegen die Mehrzahl ohne Einfluſs auf die Leistenbildung bleibt. Vorhanden sind dagegen sehr viele Konvolute, deren hohe, starke und breite, aber nur in mäfsiger Anzahl sich ineinander fügende Leistenringe verschieden viele ungleich grofse Epithelkörper in weitem Raume einschliefsen. Die zwischen diesen Formationen verlaufenden, selbständigen, gut entwickelten Leisten lassen eine bestimmt ausgesprochene, deutliche Richtung in der Längsachse des Körpers erkennen. Pigment quillt in der Hauptsache aus den Haarbälgen hervor, aus den verschiedenen in verschiedener Menge, und zwar um so mächtiger, je weiter wir uns nach hinten wenden, sehr selten findet es sich in unregelmäfsigen Häufchen abgelagert vor. Bewegungsfurchen sind bei schwacher Vergröfserung ohne weiteres nicht erkennbar.

Flanke: Durch viele Bewegungsfurchen, welche sich als helle Streifen präsentieren, wird das Präparat in eine grofse Anzahl unregelmäfsiger, vieleckiger Felder geteilt. Haarbälge sind nicht erkennbar; zu den wenigen Drüsenschläuchen findet sich zum Teil eine schwach entwickelte, konzentrisch angeordnete Leistenbildung vor. Konvolute sind in gleicher Menge und Bauart, wie beim Nacken, vorhanden. Ferner finden sich hier, wie uns Fig. 10 veranschaulicht, einige wenige radiär ausstrahlende Leistenansammlungen, sog. Wirbel, welche ich oben schon eingehend beschrieben habe. Die selbständigen, zu keinerlei Gebilden in Beziehung stehenden Epithelleisten lassen eine, wie beim Nacken, allerdings

nicht so bestimmt ausgesprochene Richtung in der Längsachse des Körpers erkennen.

Am Rücken haben wir in Bezug auf die Bewegungsfurchen, Konvolute und selbständigen Epithelleisten dieselben Verhältnisse, wie bei der Flanke. Die neben den wenigen Drüsenschläuchen zum Teil vorhandene, schwach entwickelte Leistenanordnung ist, wie beim Nacken, eine radiäre. Pigment findet sich nur sehr wenig in dünner, ungleichmäfsiger Verteilung vor.

Achselhöhle: Sämtliche Leisten im Präparat werden bedeutend flacher und schmaler. Die Furchenbildung ist dieselbe, wie an der Flanke und am Rücken, eo ipso auch die Oberhautfelderung. Zu den vereinzelten Haarbälgen und wenigen Drüsenschläuchen findet eine nur sehr schwache Leistenbildung in konzentrischer Anordnung statt. Die zentral verlaufenden Leisten der vielen vorhandenen Konvolute sind ebenfalls weniger entwickelt, als die der vorhergehenden drei Präparate, die Zahl der ein Konvolut bildenden Epithelleistenringe dagegen ist eine gröfsere, indem sie bis zu sechs Ringen steigen kann. Die selbständigen, zu keinerlei Formationen in Beziehung stehenden Leisten lassen in ihrem Verlauf keine bestimmte Richtung erkennen. Das nur in geringer Menge vorhandene Pigment lagert sich unabhängig von den Leisten in einzelnen gröfseren Haufen ab.

Hals: Eine weitere Abnahme in der Entwickelung der Epithelleisten findet statt. Die durch die Bewegungsfurchen bedingte Oberhautfelderung ist die gleiche, wie in den drei letzten Präparaten. Die wenigen Drüsenschläuche bleiben ohne Einfluſs auf die Leistenbildung. Die in geringer Anzahl vorhandenen Konvolute sind ebenso wie die selbständigen Epithelleisten, welche ohne bestimmte Richtung unregelmäfsig verlaufen, sehr schwach entwickelt. Pigment findet sich ziemlich viel in ungleichmäfsiger Verteilung vor.

Brust: Sämtliche Leisten im Präparat sind im Verhältnis schwach entwickelt. Durch die nur spärlich vorhandenen Bewegungsfurchen werden groſse, unregelmäfsige Felder abgegrenzt. Die vereinzelt auftretenden Haarbälge und Drüsenschläuche haben keinen Einfluſs auf die Leistenbildung. Konvolute und Wirbel sind nicht vorhanden. Die selbständigen Epithelleisten lassen in ihrem Verlauf, obgleich derselbe sehr unregelmäfsig ist, bei näherer Untersuchung eine schwach angedeutete Richtung in der Längsachse des Körpers erkennen. Wenig Pigment findet man in Häufchen aufgestapelt vor.

Hinterschenkel, oben und aufsen: Wie bei der Brust, sind nur wenige Bewegungsfurchen vorhanden. Die vielen Haarbälge und Drüsenschläuche haben keinen Einfluſs auf die Epithelleistenbildung, wohl aber auf die starke Pigmentanordnung insofern, als es sehr häufig

aus beiden Organen gleichsam hervorgequollen erscheint. Wo dieses nicht der Fall ist, lagert sich das Pigment vielfach auf den Leisten ab. Diese bilden, niedrig und schmal entwickelt, entweder Konvolute von wenigen, weit auseinandergezogenen Kreisen oder Ringen, oder verlaufen unregelmäfsig ohne bestimmte Richtung im Präparat.

Hinterschenkel, oben und innen: Durch viele Bewegungsfurchen ist eine starke Oberhautfelderung bedingt. Die wenigen Drüsenschläuche bleiben ohne Einfluſs auf die Leistenbildung. In dem Verlauf der niedrigen, schmalen, selbständigen Epithelleisten läſst sich keine bestimmte Richtung feststellen. Pigment kommt in ziemlicher Menge vor und ist zum gröſsten Teile auf den Leisten ungleichmäfsig abgelagert.

Der äuſsere Gehörgang: Viele Falten grenzen verschieden groſse, länglich polygonale Oberhautfelder ab, deren Längsdurchmesser parallel der Längsachse des Ohrmuschelknorpels liegen. Die Haarbälge bleiben ohne Einfluſs auf die Leistenbildung, während zu den Drüsenschläuchen zum Teil niedrige, schwach entwickelte Epithelleisten in konzentrischer Richtung verlaufen. Das in mäfsiger Anhäufung vorhandene Pigment erscheint bei schwacher Vergröſserung gleichmäfsig verteilt zu sein.

Überblicken wir nun das Resultat dieser Arbeit, so lassen sich bei einem Vergleich der einzelnen Präparate teils häufig wiederkehrende Regelmäfsigkeiten in der Anordnung der Organe, epithelialen Gebilde etc. zu einander feststellen, teils scheint der Aufbau unregelmäfsig ohne Norm und gegenseitige Beziehung zu sein. Dieses letztere hat seinen Grund in verschiedenen Ursachen, deren befriedigende Lösung und Aufklärung der Zukunft vorbehalten bleiben muſs. Die Frage einer Regelmäfsigkeit in der Pigmentanordnung läſst sich z. B. erst beantworten, wenn weitere Untersuchungen obiger Art sowohl bei den verschiedenen Völkerstämmen, als auch unter den vielen Klassen der Säugetiere bei deren einzelnen Rassen gemacht sind. Desgleichen läſst sich infolge der Unkenntnis einer bestimmten Verlaufsrichtung der Bindegewebsfasern der Cutis in der Veterinär-Medizin nicht, wie beim Menschen, ein konstantes Liniensystem der Haut in der Spaltbarkeitsrichtung feststellen, da es hierzu eingehender Untersuchungen der Cutis beim Tiere bedarf, wie es K. Langer beim Menschen in seinen Abhandlungen *„Über die Spaltbarkeit der Cutis“* und *„Die Spannung der Cutis“* nachgewiesen hat. Die Frage endlich, ob und inwiefern eine Übereinstimmung in dem Verlauf der Bewegungsfurchen zu den Leisten und Papillen stattfindet, dürfte in der Einleitung schon des näheren Erwähnung gefunden haben, wonach sich ergab, daſs keine gegenseitige Beziehung und Abhängigkeit vorliegt, sondern die Furchenbildung ihre Entstehung und Ursache in der physiologischen Thätigkeit der Cutis und dem charakteristischen Bau des Epithels findet. (Oberhaut im Überfluſs angelegt.)

Was die sich vorfindenden Regelmäfsigkeiten in der Anordnung und gegenseitigen Beziehung der Gebilde zu einander und die sich infolgedessen ergebenden Schlufsfolgerungen über die hier herrschenden Gesetzmäfsigkeiten anbelangt, so möchte ich zuerst die Entwickelung der Epithelleisten auf der unbehaarten und behaarten Haut in Erwägung ziehen. BLASCHKO stellte seiner Zeit den Satz auf, die Leisten der behaarten Haut seien durchweg schwächer als die der unbehaarten, weil durch die Bildung der Haare die produktive Energie des Epithels bis zu einem gewissen Grade erschöpft werde. Dieser Behauptung glaubt J. LOEWY nicht in ihrem ganzen Umfange beipflichten zu können, da er an der behaarten Haut fast überall ein gut entwickeltes Leistensystem vorfand, dessen Höhe an einzelnen Stellen die der unbehaarten Haut erreiche, vielleicht sogar übertreffe, und es resultiere BLASCHKOs sich nicht immer deckender Ausspruch aus der Thatsache, dafs dessen Material sich auf die Föten beschränkt habe, deren Haut eine vollständige Entwickelung der Leisten noch nicht erkennen liefse. Hingegen mufs ich nach dem Ergebnis obiger Abhandlung beim Hunde konstatieren, dafs die Leisten der behaarten Haut zweifellos schwächer sind, als die der unbehaarten Haut, wie wir an der Pfote und an der Nase gesehen haben. Zur näheren Begründung dieser Behauptung habe ich Präparate der analogen Hautregionen des chinesischen, sog. nackten Hundes und eines dicht und stark behaarten Terriers miteinander verglichen und diese Thatsache in vollem Umfange bestätigt gefunden. Ich mufs mich also BLASCHKOs Ansicht unbedingt anschliefsen, und, wie mir scheint, stöfst LOEWYs Ergebnis den Ausspruch des ersteren auch keineswegs um, da es wohl möglich ist, dafs die Leisten an einer behaarten Region die einer unbehaarten Hautpartie an Höhe und Stärke erreichen oder gar übertreffen können, indem daselbst ihre Entwickelung eine so starke und mächtige sein kann, dafs (s. oben BLASCHKOs Ansicht) durch die Bildung der Haare die produktive Energie des Epithels keineswegs oder nur ungenügend beeinträchtigt wird.

In betreff der Insertion der Drüsengänge und Haarbälge an der Epidermis finden wir verschiedene Verhältnisse vor. Diesbezüglich will ich kurz anführen, welche Gesetzmäfsigkeiten BLASCHKO, LOEWY und PHILIPPSON beim Menschen konstatiert haben, um damit einen Vergleich der Beziehungen beim Hunde anzustellen. PHILIPPSON sagt in Übereinstimmung mit den obigen Autoren in seiner Arbeit: „Beim Erwachsenen finden sich verschiedene Beziehungen: einmal geht der Gang, wie an der Hohlhand und der Sohle, in die Drüsenleiste über; er kann zweitens, wie gewöhnlich an der behaarten Haut, an dem Knotenpunkt radiär gestellter Leisten mit einer knopfförmigen Verbreiterung münden; oder er trifft, wie in der Achselhöhle, direkt auf die ebene Fläche des Stratum

spinosum, und ist dann seine Ansatzstelle von einer kreisförmigen Leiste der Oberhaut in einiger Entfernung umgeben.“ Dementsprechend zeige hier die Cutis eine wallartig erhabene Papille, in deren trichterförmigen Mitte der Schweifsdrüsengang sich in die Tiefe senke. Diese Ergebnisse decken sich zum Teil vollständig mit den Verhältnissen, welche ich bei meinen Präparaten eingehend erörtert habe, zum Teil weichen sie vollständig von ihnen ab. Was nämlich die beim Menschen, d. h. nur an deren Hohlhand und Fufssohle vorkommenden Drüsenleisten anbelangt, so finden wir davon beim Hunde nichts.

Hier münden die Knäueldrüsen an der Sohlenfläche der Zehen allerdings auch auf Leisten, aber an beliebigen Teilstrecken des regelmäfsigen Leistennetzes (s. Fig. 1); eine besondere, lineär ausgedehnte Drüsenleiste existiert so wenig, wie die zwei jene beim Menschen begleitenden unproduktiven Leisten. Ob es ratsam ist, in der Anatomie des Menschen überhaupt von einer besonderen Drüsenleiste zu sprechen, will ich dahingestellt sein lassen. Man denkt sich darunter unwillkürlich doch eine Leiste, welche nur zum Zwecke der Drüsenabgabe vorhanden ist, und es mufs auffallen, dafs an den übrigen Körperregionen des Menschen die Abgabe von solchen ganz ohne „Drüsenleiste“ zu stande kommt. Entwickelungsgeschichtlich richtiger scheint mir die Auffassung, dafs ein besonderes Leistensystem zur Abgabe der Knäueldrüsen nirgends nötig ist, und dort, wo eine starke Leistenbildung besteht (Hohlhand des Menschen, Sohlenfläche beim Hunde), selbstverständlich von hier auch die Schweifsdrüsenmündungen ausgehen. In diesem Punkte kann die Anatomie des Hundes geradezu als Korrigens für die menschliche Anatomie gelten. Bezüglich der radiären Ausstrahlung und konzentrischen Anordnung der Epithelleisten zu den Haarbälgen und Drüsenschläuchen finden wir, allerdings viel häufiger und zahlreicher, sowie bei weitem stärker entwickelt, dieselben Verhältnisse wie beim Menschen vor. Von der Thatsache, dafs die Leisten der Stachelschicht sich noch eine Strecke weit auf die Stachelschicht des Haares fortsetzen, um, niedriger werdend, schliefslich ganz zu verstreichen, konnte ich mich beim Hunde weder bei den Grenzhaaren, noch auf der gesamten behaarten Haut überzeugen.

Litteratur.

1. Blaschko, *Arch. f. mikroskop. Anat.* Bd. 30. Beiträge z. Anatomie d. Oberhaut.
2. Kölliker, *Handb. d. Gewebelehre.* Leipzig 1889.
3. Langer, K., *Sitzungsber. d. Wien. Akad. Math.-naturwiss. Kl.* Bd. 44 und 45.
   a) Über die Spaltbarkeit der Cutis.
   b) Die Spannung der Cutis.
4. Lewinski, *Virch. Arch.* Bd. 92. Über die Furchen und Falten der Haut.
5. Loewi, *Arch. f. mikroskop. Anat.* Bd. 37. Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Oberhaut.
6. Philippson, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 8. 1889. Über die Herstellung von Flächenbildern der Oberhaut und der Lederhaut.
7. Simon, O., *Lokalisation der Hautkrankheiten.* Berlin 1873.
8. Unna, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 2. 1883, und Bd. 7, 1888. No. 16. Beiträge zur Anatomie der Oberhaut.

Erklärung der Abbildungen.

(Vergr. 1 : 20.)

Pfote.

Figg. 1 u. 2. Die in Maschen angeordneten, hohen, starken, pigmentierten Leisten (*l*) begrenzen trichterförmig die hohen, schräg gestellten Papillen, im Bilde suprapapilläre Epithelschicht (*p*) und senden sekundäre Leisten (l^1) in das nun leere Lumen.

Fig. 3. Übergang der Hornsohle zu der behaarten Haut. (*l*) Leisten, (*h*) Haarbälge, (*d*) Drüsenschläuche.

Nase.

Fig 4 von der Nase zeigt uns die in unregelmäfsigen Reihen oder Zügen angeordneten, verschieden stark entwickelten, pigmentierten Epithelleisten, welche die sehr schräge zur Oberfläche geneigten Papillen, im Bilde suprapapilläre Epithelschicht (*p*), mehr oder minder halbmondförmig umschliefsen.

In *Fig. 5* haben wir durch niedrige, schwach entwickelte Leisten (*l*) begrenzte Maschen, in denen sich hohe, starke, äufserst verschieden geformte, pigmentierte interpapilläre Leisten (*i l*) befinden.

In der Nasenhöhle treten Haare und Drüsen auf, und wir erhalten

Fig. 6. Die Konturen der Maschen, d. h. die dieselben begrenzenden Leisten schwinden. Die vorher selbständigen interpapillären Leisten bilden hier die radiäre Anordnung zu den Haarbälgen (*h*), Drüsenschläuchen (*d*).

Zunge.

Fig. 7. Breite, niedrige, pigmentlose Leisten (*l*) begrenzen auf der Zunge einen mehr oder minder abgerundeten oder quadratischen Raum, in welchen sich der die hohen und verschiedenartigen Zungenpapillen bekleidende, stark entwickelte Epithelmantel befindet. (*e*) Epithelmantel der filiformen, (e^1) der fungiformen Papillen.

Fig. 8. Vulva: Radiäre Anordnung der Leisten (*l*) zu den Haarbälgen (*h*), Drüsenschläuchen (*d*).

Fig. 9. Augenlid: Konzentrische Anordnung der Leisten (*l*) zu den Haarbälgen (*h*), Drüsenschläuchen (*d*).

Fig. 10. Flanke: Leisten (*l*) Konvolute und Wirbel bildend.

Über die Verwendung von Nuklein-Nährböden.

Von

Dr. Emil Tauffer,

ehemaligem I. Assistenten für pathologische Histologie und Bakteriologie in Budapest.

Als ich im Frühjahr laufenden Jahres im wiener Laboratorium des Herrn Prof. Neusser arbeitete, machte er mich auf eine Mitteilung aufmerksam, die im *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, No. 3, pag. 170, 1894 von Herrn Dr. Gollasch unter dem Titel „De la présence d'un microbe polymorphe dans la syphilis" erschien.

Da die genannte Mitteilung nur sehr kurz ist und genauere Angaben entbehrt, so wäre eine Nachprüfung unmöglich gewesen, wenn desselben Geburtsstätte nicht — wie ich von Herrn Prof. Neusser selbst vernahm — eben auch Prof. Neussers Laboratorium gewesen wäre. Demnach konnte ich mich bezüglich gewisser Fragen, die in der Mitteilung so gut wie gar nicht auseinandergesetzt wurden, unmittelbar erkundigen.

Herr Dr. Gollasch giebt an, in syphilitischen Efflorescenzen ein dem Tuberkelbacillus ähnliches Mikrobion gefunden zu haben. In einem späteren Falle von akuter, letal verlaufener Syphilis soll G. im Blute und in den Pusteln eine grofse Menge von identischen (?) Bacillen gesehen haben, neben welchen er auch ovoide Zellen — seiner Meinung nach Sporen — und gegliederte Fäden fand. (Den Beweis der „Identität" bleibt er schuldig.)

Da seine Versuche, diesen polymorphen Mikroorganismus — durch Verimpfung des Blutes auf Menschenfleischbouillon — zu kultivieren, zu keinem positiven Resultate führten, experimentierte Gollasch (auf Anraten des Herrn Prof. Neusser) mit Nuklein, als einem albuminoiden Bestandteile des menschlichen Körpers.

G. gebrauchte zu diesem Zwecke aus syphilisfreier, menschlicher Milz stammendes Nuklein in wässeriger Lösung und berichtet über aufserordentlich günstige Resultate. Seine Mikroorganismen wuchsen sofort in Reinkulturen und machten sämtliche Metamorphosen vom geraden Bacillus bis zu grofsen ovoiden Zellen durch. Er soll dieselben Formen im Blute Syphilitischer wiedergefunden haben, wenn er dasselbe mit Karbolsäure macerierte und mit Methylenblau färbte.

Auf welche Weise die wässerige Lösung des in gewöhnlichem Wasser nahezu vollständig unlöslichen Nukleins gewonnen, wie die Kultivierung, Beizung und Färbung vorgenommen wurde, darüber fehlt jede Angabe.

Schliefslich bemerkt er noch, dafs nach der Erschöpfung des Nährbodens die Bacillen und Fäden verschwinden, sich in ovoide Formen und Zoogloeen umwandeln, die aber nach Zusatz frischen Nukleins wieder in vegetative Bacillenformen auswachsen.

Analoges will er im Blute Syphilitischer vor und nach der Einleitung einer antiluetischen Kur beobachtet haben.

War auch die Hoffnung, die von GOLLASCH gemachten Angaben zu bestätigen, von vornherein keine grofse, so habe ich dennoch auf Herrn Prof. NEUSSERS Wunsch eine Nachprüfung vorgenommen, wenn auch nur zu dem Zwecke, aufzuklären, in welcher Weise der Autor zu den mitgeteilten Ergebnissen gelangte.

Ich will mich nicht in Erörterungen einlassen über postmortale bakteriologische Blutbefunde und in solche über die Mikroorganismen unserer Färbemittel, denn dies dürfte in diesem Rahmen zu weitläufig sein, und beschränke mich nur auf die Prüfung des angewendeten Nährbodens und der Blutpräparate.

Durch Herrn Prof. NEUSSERS Güte gelangte ich auch in Besitz von menschlicher Milz entstammendem Nuklein, und durch die liebenswürdigste Zuvorkommenheit der Herren Professoren Dr. NEUMANN, Dr. KAPOSI und Dr. NEISSER (in Breslau) war es mir möglich, meine Kontrollversuche abzuschliefsen; ich will es nicht unterlassen, hierselbst meinen besten Dank den genannten Herren Professoren auszusprechen.

Dafs Herrn Dr. GOLLASCHS Befunde in syphilitischen Effloreszenzen mit denen LUSTGARTENS identisch sein können, erscheint mir mehr als wahrscheinlich.

Ich unterlasse es, die Bakterienbefunde im Blute zu kommentieren und zu deuten; dieselben konnten weder von irgend jemand, noch von mir bis jetzt bestätigt werden, so dafs ich nur einen technischen Mifsgriff vermuten kann.

Über die morphologische Identität seiner Bakterien, die er in Blutausstrichpräparaten fand, mit denen, die in der Nukleinlösung wuchsen, läfst sich bei der „Polymorphie“ derselben schwer ein Urteil fällen. Ich glaube aber seiner Mitteilung durch Publikation meiner Kontrolluntersuchungen etwas näher treten zu können, selbst wenn er sich hinter die Autorität der Herren SAPPEY, BOUCHARD und DUCLAUX stellt.

Zur Erklärung meiner Befunde ist es unerläfslich, einige Worte über das Nuklein nach HAMMARSTEN (*Phys. Chem.* 1891. pag. 38) vorausgehen zu lassen.

Da die Nukleinfrage heute noch eine strittige ist, kann die Bezeichnung „Nuklein“ nur als Gruppenname betrachtet werden. Derselbe wurde dem Hauptbestandteile der Kerne der Eiterzellen von HOPPE-SEYLER und MIESCHER gegeben. Indem aber ähnliche Stoffe in organischen Körpern

sehr mannigfach gefunden wurden, „bezeichnet man nunmehr als Nukleine eine Anzahl phosphorhaltiger Stoffe, welche teils als Spaltungsprodukte aus den Nukleoalbuminen gewonnen werden, teils den Hauptbestandteil der Zellkerne darstellen". Sie werden in drei Gruppen geteilt, deren Differenzen hier nicht von Belang sind.

Ich will nur bemerken, dafs das von Prof. KOSSEL aus der Milz nicht-syphilitischer Kadaver hergestellte und mir durch die Freundlichkeit des Herrn Prof. NEUSSER zur Verfügung gestellte Nuklein der ersten Gruppe angehört, zu welcher nach HAMMARSTEN die Nukleine der Zellkerne im allgemeinen gehören. Die genaue chemische Formel desselben ist mir unbekannt und konnte von mir auch nicht eruiert werden. Es ist eine amorphe, graubraune, pulverförmige Substanz, welche die von HAMMARSTEN für die Nukleine angegebenen allgemeinen Eigenschaften aufwies. Sie sollen in Wasser unlöslich oder nur sehr wenig löslich sein. Alkohol und Äther löst sie ebenfalls nicht. „Von Alkalien werden sie mehr oder weniger leicht gelöst; in verdünnten Mineralsäuren sind sie dagegen unlöslich oder schwer löslich." Ich mufs also voraussetzen, dafs Herr Dr. GOLLASCH sich von der fast vollständigen Unlöslichkeit des Materials in Wasser ebenfalls überzeugen mufste — wenn er nicht so, wie ich es gethan, auch alkalisiertes Wasser benutzt hat —, daher eher von einer Suspension, als von einer „solution aqueuse" sprechen sollte. Hervorgehoben sei folgendes: „Beim Sieden mit Alkalilauge werden sie (d. i. Nukleine) zersetzt, und es wird Alkaliphosphat gebildet."

Bezüglich der Herstellung des Nukleins aus Gewebe ist folgendes von unserem Standpunkte aus noch zu bemerken:

„Aus Zellen oder Geweben entfernt man zuerst die Hauptmasse des Eiweifses durch künstliche Verdauung mit Pepsinchlorwasserstoffsäure, laugt den Rückstand mit sehr verdünntem Ammoniak aus, filtriert und fällt mit Salzsäure. Dieser Niederschlag wird dann mit künstlichem Magensaft verdaut", sodann einer Behandlung unterworfen, wie sie bei der Herstellung des Nukleins aus Kasein üblich ist. Der sich also bei der Digerierung bildende Niederschlag wird mit möglichst gering alkalischem Wasser wiederholt aufgelöst, mit Säure gefällt, abermals mit Wasser ausgewaschen und durch Extraktion mit Alkohol und Äther gereinigt.

Das Untersuchungsverfahren war nun folgendes: Nachdem ich mich überzeugt hatte, dafs das mir zu Gebote stehende Nuklein sich in dreimal ausgekochtem Wasser nahezu gar nicht löst, sondern beinahe ganz als Suspension sich erhält, indem es etwas Farbstoff abgebend, das Wasser braun färbte, versuchte ich, es in Wasser zu lösen, das 50 g einer 0,1 normalen Kalilauge auf 150 g enthielt. Hierbei wurde klar, dafs selbst dieses ziemlich stark alkalische Wasser auf 200 g nicht $^1/_2$ g Nuklein zu lösen vermag. Der gröfste Teil desselben bleibt in Klumpen geballt ungelöst; doch die relativ viel dunklere Färbung der Flüssigkeit bewies, dafs sich im Vergleich zur vorigen Lösung jetzt mehr gelöst hat. Ich

versuchte daher, auch eine 0,1 normale KOH-Lösung rein anzuwenden, wobei durch $^1/_2$ g Nuklein auf 200 g der Lösung eine Saturation entsteht. Ein kleiner Teil des Nukleins blieb aber auch hier noch auf der Oberfläche schwimmend, während sich ein größerer Teil anscheinend in halbgelöstem, gequollenem Zustande später auch am Boden absetzte. Obzwar nun das Nuklein — wie wir sehen — sich in verdünntem KOH relativ noch am leichtesten löst, trug ich Bedenken diese Suspension zu Kulturzwecken zu verwenden. Die Nukleine sollen sich nämlich in alkalischen Lösungen, in Nukleinsäuren und Eiweißkörper zersetzen, deren Sonderung zwar durch Zusatz von Essigsäure leicht bewerkstelligt werden kann, doch lag es mir nicht daran, dieselben gesondert zu erhalten. Ich verwendete daher bei meinen späteren Versuchen die saturierte (0,5%ige) wässerige Suspension, welcher KOH jedoch nur im Verhältnis von 1 : 2000 zugesetzt wurde. Da ich sämtliche Lösungen aus oben betontem Grunde einer Dampfsterilisierung nicht unterwerfen wollte, erwies sich die Voraussetzung, durch Zusatz des nicht sterilisierten Nukleins eine notwendige Verunreinigung zu bekommen, als ganz richtig. (Soviel ich erfahren konnte, soll Herr Gollasch auch wässerige Lösung mit nicht sterilisiertem Nuklein verwendet haben.) Getäuscht habe ich mich nur insofern, als nur wenige Reagensröhrchen Luftverunreinigungen aufwiesen, die aber leicht nachgewiesen werden können, indem man nach 18—24stündigem Verweilen der Reagensröhrchen im Brutofen und nachherigen Agarimpfungen dieselben schnell zum Wachstum bringen kann. Meist sind es üppig wachsende chromogene Luftkokken, die zu erkennen bei mäßiger bakteriologischer Übung nicht schwer fällt. Die größere Zahl der Röhrchen blieb aber selbst nach zwei Tage langem Verweilen bei Bruttemperatur, mit Agarausstrichen kontrolliert, steril. Mit der möglichst größten Vorsicht fertigte ich nun nebenbei Nuklein-Bouillon, Nuklein-Gelatine und Nuklein-Agar im Verhältnis von 1 : 2 auch an und kontrollierte die Sterilität derselben ebenfalls mit 24stündiger Brutofentemperatur, resp. bei der Gelatine durch Stehenlassen bei Zimmertemperatur. Nach 24 Stunden hatte ich, 1—2 Röhrchen ausgenommen, keine Verunreinigung.

Diese sechs Arten von Nährböden impfte ich nun teilweise 1. von einem Falle tertiärer Rückenmarkssyphilis, 2. von zwei Fällen makulopapulöser, d. i. sekundärer Lues, 3. von einem Falle einer Sklerose, bei dem noch keine sekundären Erscheinungen vorhanden waren. Die Nährböden wurden mit je drei Ösen Blutes geimpft, das dem Ohrläppchen, nach vorherigem Abreiben desselben mit 2 : 1000 Sublimat, dann Alcohol absolutus und Äther, entnommen wurde, und gleichzeitig fertigte ich eine Anzahl von Deckgläschenpräparaten an. Erstere hatte ich in den Brütofen gestellt, letztere teils ohne Beizung, teils nach 8, 12 und 24stündiger Beizung, mit Löfflers oder mit wässerigem Methylenblau mehrere Minuten

lang gefärbt — ohne irgendwo Bakterien nachweisen zu können. Als Beize verwendete ich teils eine 30%ige Salpetersäure, teils konzentrierte Karbolsäurelösung.

Was die geimpften Röhrchen betrifft, fand ich, dafs nach 24 Stunden nur einzelne derselben spärliche, kurze Bacillen mit abgerundeten Enden enthielten, während die gröfsere Zahl steril erschien. Nach 48 Stunden abermals untersucht, fand ich in sämtlichen eine üppige Vegetation der genannten **Bacillen in Reinkulturen**, entsprechend den von G. angegebenen Befunden. Die Nuklein-Agar-Röhrchen bedeckten sich aber an der Oberfläche mit einem ebenfalls ziemlich üppigen, graulichweifsen, etwas ins braune spielenden, feuchten Rasen, während die Nuklein-Bouillon-Röhrchen eine so auffallende Mifsfärbung zeigten, wie man sie beim Faulen ungenügend sterilisierter Bouillon zu sehen bekommt. Und als ich die gleichzeitigen, in die Thermostaten gestellten ungeimpften Kontrollröhrchen vornahm, war über die Deutung der Befunde ein Zweifel nicht mehr möglich. Dieselben zeigten ähnliche Veränderungen, und die Ausstrichpräparate, wie auch die Abimpfungen wiesen ebenfalls eine Reinkultur der oben genannten Bacillen auf; zwischen denselben fanden sich jetzt schon neben ziemlich langen Fäden auch mehr gequollene Glieder vor, und nach einigen Tagen bot der Bodensatz der Nuklein- und Nuklein-Bouillon-Röhrchen aufgetriebene, schotenförmige Glieder, augenscheinlich Degenerationsformen auf, die sich bald stärker, bald schwächer färbten, als die vegetierenden, ungeschädigten Individuen. Hierbei mufs ich bemerken, dafs die 0,1 normalen KOH-Nukleinlösungen erst später, nach einigen Tagen, die genannten Bacillen in leicht nachweisbarer Menge enthielten. Die Bacillen färben sich mit Karbolfuchsin ebenfalls ganz gut und zeigen bei den längeren Fäden ausgesprochene Gliederung mit einem dunkler gefärbten, kugeligen Punkte, man könnte sagen, mit einer Auftreibung — vielleicht Sporen — zwischen je zwei Gliedern.

Da also die erste Serie meiner Versuche die Angaben des genannten Autors nicht bestätigte, machte ich eine zweite Versuchsreihe, in der ich das amorphe Nuklein vor der Verwendung bei 70° C. fraktioniert zu sterilisieren versuchte. Doch mit keinem besseren Erfolge.

Indem ich in den beiden Versuchsreihen die Wahrnehmung machte, dafs die Röhrchen sich 2—3 Tage ohne nachweisbare Entwickelung der genannten Bakterien hielten, impfte ich in einer Anzahl von Syphilisfällen den nächsten Tag nach der Herstellung des Nährbodens vom Blute der Patienten, jedoch abermals erfolglos.

Um mich nun über die Frage der Verwendbarkeit der Nuklein-Nährböden äufsern zu können, entschlofs ich mich nach eingeholtem Rate seitens Chemiker zur fraktionierten Sterilisierung der zurechtgemachten Lösungen und ergänzte diese dritte Versuchsreihe

mit dem vom chemischen Standpunkte — wie ich es oben schon hervorhob — entschieden kontraindicierten Verfahren, einen Teil der Röhrchen in Kochs Dampfkessel zu sterilisieren.

Hiernach impfte ich wieder von Fällen sekundärer und tertiärer Lues, obzwar ich gleichzeitig an Ausstrichpräparaten mich von etwaigen Bakterienbefunden im Blute nicht überzeugen konnte. Ein Teil der geimpften und fraktioniert sterilisierten Röhrchen gaben mir nun abermals schon nach 24 Stunden bei Brutofentemperatur Reinkulturen der bereits bekannten Bacillen, ohne fremde Keime in den Ausstrichpräparaten erkennen zu lassen; und selbst nach 14 Tagen, als sich die flüssigen Nährböden mehr oder weniger klärten und nur einen vermehrten Bodensatz zeigten, fand sich in denselben nur einmal bei Nuklein-Bouillon-Nährböden ein fremder Keim — rosa Hefe. Derselbe konnte indes nur durch Öffnen des Röhrchens hineingelangen, da er sich bloſs zufällig in einem vorfand. Die reinen Nuklein- und Nuklein-Bouillon-Nährböden hingegen, die im Dampfkessel — also durch Siedehitze — sterilisiert wurden, blieben so, wie die nach fraktionierter Sterilisierung steril gebliebenen Röhrchen, vor wie nach dem Impfen von fünf verschiedenen Luesfällen ebenfalls steril, und ließ sich auch in Ausstrichpräparaten ebensowenig irgendwelche Bakterienvegetation nachweisen, als mir dies auch in den Blutausstrichpräparaten in keinem Falle gelang.

Ich glaube daher, die Verwendung von Nuklein-Nährböden **zum Zwecke der Kultivierung des Syphilisvirus** den bisherigen zahlreichen erfolglosen Versuchen anreihen zu können.

Da man aber nach dem bisher Gesagten noch nicht genügend berechtigt wäre, die Verwendung des Nukleins zu diskreditieren, wurden einige Versuche auf seine Verwendbarkeit in der allgemeinen bakteriologischen Technik angestellt.

Zu diesem Zwecke impfte ich auf die gesagten Nährböden Cholera- und Coli-Bacillen und kam zu der Überzeugung, daſs die zusammengesetzten Nuklein-Nährböden nur insofern eine Abweichung zeigen, als sie ein relativ geringeres Wachstum der verwendeten Bakterien aufwiesen, wie dies bei gleichzeitig geimpftem Agar- und Bouillon-Nährböden der Fall war. Die bei 100° C. im Dampfkessel sterilisierten einfachen Kulturröhrchen verhielten sich den genannten Bakterien gegenüber ähnlich wie sterilisiertes Wasser; ein Nachteil der Nuklein-Nährböden ist aber, daſs sie selbst bei fraktionierter Sterilisation der spontanen Verunreinigung durch die genannten, im Nuklein enthaltenen, sehr resistenten Keime unterliegen können, da endogene Sporen, wie sie von diesen Bacillen auch wie es scheint gebildet werden, bekanntlich sehr häufig der fraktionierten Sterilisation widerstehen. Aufserdem gehen Nuklein-Bouillon-Lösungen, welchen 2% Traubenzucker hinzugesetzt wird, so schnell in

in Zersetzung über, dafs eine fraktionierte Sterilisierung unthunlich erscheint.

Die letzte wässerige Nukleinlösungs-Serie (die also 1 : 2000 KOH enthielt) versuchte ich wieder als Nährboden für Choleravibrionen, Bacillus coli communis, Bacillus typhi abdominalis, Bacillus pyocyaneus und für Diphtherie-Bacillen zu verwenden, nachdem ich mich nach 14 Tage langem Stehenlassen von der Sterilität derselben abermals überzeugt hatte. Zu gleicher Zeit angelegte Kulturen auf Gelatine, Glycerin-Agar, Bouillon und steriles Wasser lieferten mir den Vergleich bezüglich der Üppigkeit und Schnelle des Wachstums. Hierbei fand ich, dafs das Nuklein einen gewissen Mittelweg zwischen Bouillon und sterilem Wasser darstellt, letzterem aber näher steht. Während man Choleravibrionen und Diphtherie-Bacillen nach 24 Stunden im Nuklein zwar noch lebensfähig findet, ist bei ersterem eine Vermehrung gar nicht zu beweisen, während letztere eine geringe Vermehrung zu zeigen scheinen. Nach drei Tagen konnte ich die Cholerakeime im Nuklein-Nährboden durch Übertragung auf Serum-Agar und Gelatine nicht mehr lebensfähig nachweisen, während Diphtherie-Bacillen sich voll virulent und sogar etwas vermehrt zeigten. Letztere erhielten sich auch im sterilen Wasser mehrere Tage lebensfähig, während Cholerakeime — wie dies bekannt — bald zu Grunde gehen. Bacillus typhi, Bacillus coli communis und Bacillus pyocyaneus hingegen wachsen in Nuklein ziemlich gut und liefern, auf Agar überimpft, im Thermostaten nach 24 Stunden einen üppigen Rasen. Für das Wachstum letzterer drei Arten scheint das sterile Wasser einen ungeeigneteren Nährboden zu liefern, als das Nuklein.* Bezüglich der Lebensdauer der genannten Bakterien im Nuklein kann ich mich noch nicht endgültig äufsern.

Nach all dem läfst sich vom Nuklein folgendes behaupten:

I. Das Nuklein enthält stark resistente Keime eines Fäulnisbakteriums, die wahrscheinlich bei den künstlichen Digerierungen eine Rolle spielen, als Sporen im amorphen Nuklein haften und durch die Fällung mit Säuren, weitere Behandlung desselben mit Alkohol und Äther nicht vernichtet werden. Dafs dem so ist, das beweist: a) der konstante Befund derselben in den einfachen und zusammengesetzten Lösungen und Nährböden, die nach dem Nukleinzusatz nicht wieder sterilisiert werden, aber mitunter auch trotz fraktionierter Sterilisierung sich vorfinden; b) dafs sie bei einiger Vorsicht stets als Reinkulturen angehen.

---

* Während der Drucklegung gegenwärtigen Aufsatzes untersuchte drei Monate alte Kulturen zeigten volle Virulenz und Lebensfähigkeit des Bacterium coli commune und Bacillus pyocyaneus, sowohl im Nukleinnährboden wie in sterilisiertem Wasser. Bacillus typhi ist in letzterem abgestorben und nur in Nukleinnährböden noch in grofser Menge nachweisbar.

II. Das Nuklein kann als Nährboden nur in alkalischen, fraktioniert sterilisierten Lösungen nebst sorgfältiger Kontrolle verwendet werden, und zwar weil es a) einfache wässerige Lösungen nicht giebt; b) ohne fraktionierte Sterilisierung aus oben angegebenem Grunde nicht verwendbar ist; c) bei Erhitzen auf 100° C. sich zersetzt.

III. Das Nuklein ist **kein spezifischer Nährboden zur Kultivierung des Erregers der Syphilis.**

IV. Kann das Nuklein als Nährboden auch nur für einzelne, hauptsächlich Gewebsnekrose und Eiterung bewirkende Bakterien verwendet werden, hat aber auch hierbei einen so geringen Nährwert, dafs es steriles Wasser nur wenig übertrifft.

V. Kann es dadurch, dafs es auf kurze Zeit selbst bei Brutofentemperatur anscheinend steril bleibt, durch die spätere Entwickelung der Keime zu Täuschungen Anlafs geben.

Ich mufs hierbei noch bemerken, dafs ich die genannten Bakterien zwischen den mir bekannten Fäulnis- und Gärungsorganismen nicht unterbringen konnte und deshalb auf die genaue Beschreibung derselben verzichte, weil ich sie mir eventuell vorzubehalten gedenke.

Nach all dem sei es mir nochmals gestattet, auf den Ausgangspunkt und Zweck meiner Untersuchungen hinzuweisen, welcher darin bestand, die von Gollasch aufgestellten Behauptungen experimentell nachzuprüfen, wobei ich mich jedoch von deren Unhaltbarkeit überzeugte.

Versammlungen.

Vereinigung amerikanischer Ärzte für Harn- und Geschlechtskrankheiten.
Jahresversammlung, abgehalten am 28. und 29. Mai 1895 zu Niagara Falls.
(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* August 1895.)

Sitzung vom 29. Mai 1895.

Dr. J. P. Bryson-St. Louis giebt einen **statistischen Bericht über 27 Fälle von Prostato-Myomektomie.** In allen Fällen wurde die suprapubikale Incision gemacht. Die Mortalität der ganzen Serie betrug etwas mehr als 25%, wenn man einen wegen Hämorrhagie eines Sarkoms der Prostata und zwei an Pyelonephritis verstorbene Fälle mit einschliefst. Eliminiert man jedoch diese drei Fälle, so hat man 24 Fälle mit 4 Todesfällen, also 16,6% Mortalität. Eine radikale Heilung wurde in 13 Fällen erzielt, in 3 Fällen entwickelte sich Tuberkulose, 2 davon gingen zu Grunde, der dritte befand sich ziemlich wohl. In 2 Fällen wurde keinerlei Effekt erreicht. Es handelte sich um hochbejahrte Patienten, 72 resp. 78 Jahre alt. In 8 Fällen wurde Äther, in 18 Chloroform zur Anästhesierung angewandt, in 1 Falle wurde beides kombiniert.

Derselbe spricht über einen **Fall von vollständiger Kastration wegen Prostatahypertrophie.** Der Patient war 74 Jahre alt. Die ersten Anzeichen des Leidens

zeigten sich in seinem 56. Lebensjahre. Da in der letzten Zeit die Beschwerden gefahrdrohend wurden, so entschloſs sich Vortragender, die vollständige Kastration vorzunehmen. Seit der Operation sind vier Monate verstrichen. Die Prostatadrüse ist stark verkleinert und atrophisch, dagegen sind die früheren Erscheinungen ganz unverändert geblieben.

Dr. J. W. White-Philadelphia spricht **über die Resultate der Behandlung der Prostatahypertrophie.** Die Schlüsse, die Verfasser aus seinen Betrachtungen zieht, sind folgende:

1. Die Funktion der Hoden, wie der Ovarien ist eine zweifache, einmal die Reproduktion der Spezies und zweitens die Entwickelung und Erhaltung der sexuellen Eigenschaften des Individuums. Mit dem voll gereiften Lebensalter hört die Notwendigkeit für die Ausübung dieser letzteren Funktion auf, doch ist es möglich, daſs die Thätigkeit der Hoden und Ovarien in dieser Beziehung nicht gleichzeitig verschwindet, und daſs Hypertrophien der eng verknüpften Organe, wie der Prostata und des Uterus, die Folge einer anders gerichteten Energie sind. Diese Hypothese würde die Analogie zwischen Fibromyomata des Uterus und den Adenofibromata der Prostata, welche schon vom klinischen Standpunkte aus überraschend ist, bekräftigen. Sie findet aber auch in den fast identischen Resultaten der Kastration eine weitere Bestätigung.

2. Die theoretischen Einwände gegen die doppelte Kastration werden durch die klinische Erfahrung widerlegt. Letztere zeigt, daſs in nahezu 87,2% rapide Atrophie der vergröſserten Prostata folgt; daſs in etwa 52% die langwierige Cystitis sich wesentlich bessert oder verschwindet; in 66% mehr oder weniger die Kontraktilität der Blase zur Norm zurückkehrt; in 83% sich die lästigsten und gefährlichsten Symptome bessern, und daſs Rückkehr des normalen Zustandes in 46,4% erfolgt ist und in einer beträchtlichen Anzahl erwartet werden darf.

3. Die Mortalität betrug 18% und zwar 20 auf 111 Fälle. Der Procentsatz verringert sich jedoch und fällt auf 7,1%, wenn man nur diejenigen Fälle rechnet, welche unter günstigen Bedingungen, d. h. zu einer Zeit operiert worden sind, wo noch keine urämischen Erscheinungen oder Symptome einer Nierenentzündung aufgetreten sind. Man soll also die Fälle für die Operation sorgfältig auswählen.

4. Ein Vergleich mit anderen operativen hierher gehörigen Eingriffen zeigt, wenn man von den sentimentalen, den Verlust der Potenz betreffenden Einwürfen absieht, einen gröſseren Fortschritt der Besserung in den erfolgreichen Fällen, als beispielsweise bei den verschiedenen Formen der Prostatatomie und Prostatektomie.

5. Einseitige Kastration ist zweifelsohne von einseitiger Atrophie der Prostata gefolgt. In zwei derartigen Fällen ist schon damit eine wesentliche Besserung der Beschwerden erreicht worden.

6. Experimente an Hunden haben gezeigt, daſs bei doppelseitiger Durchschneidung des Vas deferens ohne bedeutende Veränderung der Testikel Atrophie und beträchtliche Gewichtsabnahme der Prostata eintritt.

7. Die Unterbindung der Gefäſse des Samenstranges oder dieses selbst ruft Atrophie der Prostata hervor.

In der Diskussion zu den vorangegangenen Vorträgen sprechen sich Hayden, Cabot, Martin günstig über die doppelseitige Kastration bei Prostatahypertrophie aus. Bell ist sehr überrascht über die von Fuller und Bryson mit der Prostatektomie erreichten guten Resultate. Seine eigenen seien nicht so ermutigend gewesen.

Dr. Belfield-Chicago spricht sich eingehend über die von Fuller und Bryson geübten Methoden aus. Es sei sicher, was man aus den Resultaten der beiden letzteren Ärzte ersehen könne, daſs eine gute Technik bei der Operation den Procentsatz der Mortalität wesentlich herabsetze. Redner unterzieht das Wesen der Prostatahyper-

trophie, die doppelseitige Kastration und ihre Berechtigung zur Beseitigung jener einer längeren kritischen Besprechung.

Dr. King-Toronto hat keine guten Erfahrungen mit der doppelseitigen Kastration gemacht.

Dr. Glenn möchte viele Fälle von Prostatahypertrophie auf eine blennorrhoische Infektion in früheren Jahren zurückführen.

Dr. Otis macht die interessante Mitteilung, dafs die Prostatahypertrophie in Japan nicht vorkomme.

Dr. Bryson hat die operativ entfernten Prostatamassen untersucht und gefunden, dafs es sich bei dem Krankheitsprozesse wesentlich um eine Drüsenhypertrophie und um entzündliche Veränderungen handle. Diese Veränderungen zeigten, dafs die Prostata mehr ein drüsiges als muskulöses Organ sei. In dieser letzteren Annahme könne er Burnett nicht beipflichten.

Dr. White schliefst die Diskussion.

Der Präsident, Dr. Bangs, begrüfst jeden Erfolg der amerikanischen Chirurgie gewifs mit grofser Freude. Doch müsse er, wie er das jüngst in einem veröffentlichten Schreiben gethan habe, gegen die unterschiedslose und nicht unbedingt notwendige Ausführung der doppelseitigen Kastration protestieren.

C. Berliner-Aachen.

New Yorker Akademie der Medizin.

Sitzung vom 16. Mai 1895.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Septbr. 1895.)

Eine klinische und bakteriologische Studie des Gonococcus Neisser in der Urethra des Mannes und im Vulvovaginaltractus der Kinder, von Dr. H. Heimann.

Redner zieht aus seinen Betrachtungen folgende Schlüsse:

1. Der Neisserscbe Gonococcus ist niemals in der normalen Urethra zu finden.

2. Der Diplococcus, welcher in der normalen Urethra gefunden wird, kann von dem Neisserschen Gonococcus durch die Gramsche Färbung genau unterschieden werden.

3. Der von Turro beschriebene Diplococcus ist nicht der Neisserscbe Gonococcus.

4. Redner acceptiert Wertheims Schlüsse, nur glaube er, dafs steriles, flüssiges Chest-Serum (?) dem Placentarblutserum als Nährboden für die Reinzüchtung vorzuziehen sei.

5. Grams Färbung beweist unwiderlegbar die Anwesenheit des Gonococcus und sollte in allen Fällen zur Anwendung kommen.

6. Zur raschen Orientierung genügt die Färbung mit einer 2%igen alkoholischen Lösung von Methylenviolett.

7. Der normale Vulvovaginaltractus ist niemals der Sitz des Neisserschen Gonococcus.

8. Der Diplococcus, welcher in katarrhalischen Fällen von Kolpitis begleitet ist, wird nicht durch Grams Methode entfärbt.

9. Der Neisserscbe Gonococcus findet sich in Fällen von blennorrhoischer Vulvovaginitis.

10. Die experimentellen Überimpfungen befestigen Redner in dem Glauben, dafs der Gonococcus der spezifische Urheber der Blennorrhoe sei.

C. Berliner-Aachen.

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. März 1895.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Septbr. 1895.)

Einen **Fall von traumatischer Alopecia** stellt Dr. Jackson vor. Die Krankheit begann bei dem 24jährigen Patienten vor zwei Jahren mit Jucken an den rechten Augenbrauen. Nur ganz kurze Zeit, nachdem der Patient sich einmal heftig an der juckenden Stelle gekratzt hatte, begannen die Haare auszufallen. Bei seiner ersten Visite vor fünf Monaten waren die Augenbrauen vollständig kahl. Die Haut war hier gerötet, verdickt, schuppig. Der Patient war nervöser, aufgeregter Natur.

Dr. Robinson zeigt einen **Fall von universeller Psoriasis und Molluscum contagiosum** bei einem neunjährigen Mädchen.

Dr. Allen bemerkt, vor längerer Zeit habe man einen Zusammenhang zwischen Molluscum contagiosum und anderen Hautkrankheiten angenommen. Er habe es in Verbindung mit Prurigo, universellem Ekzem und bei einer beträchtlichen Anzahl von Scabiesfällen gesehen. Das Molluscum contagiosum scheine bei Patienten mit Hautkrankheiten sich häufiger zu entwickeln.

Dr. Fox hat in einem Drittel der Fälle von Molluscum contagiosum Warzen an den Händen der Patienten vorgefunden, so dafs die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dafs ein Zusammenhang zwischen beiden Affektionen bestehe.

Dr. Fordyce und Elliot halten das Zusammentreffen von Psoriasis und Molluscum contagiosum in dem vorstehenden Falle für ein rein zufälliges.

Einen **Naevus der Lippe** zeigt Dr. Fordyce bei einem dreijährigen Kinde. Der kavernöse Tumor hat seinen Sitz an der Unterlippe und erstreckt sich ein wenig auch auf die Schleimhaut. Unter der Galvanopunktur ist er wesentlich kleiner geworden.

Einen **Fall von Urticaria pigmentosa** stellt Dr. Morrow vor. Der Patient ist jetzt 21 Jahre alt. Die Affektion begann, als er sechs Monate alt war, unmittelbar nach der Vaccination mit pigmentierten, erbsen- bis pfennigstückgrofsen Papeln oder Knötchen. Der Ausschlag war damals über den ganzen Körper verbreitet, am stärksten um den Hals, auf dem Rücken und in den Beugegelenken. Einige Flecken befanden sich auch an den Handtellern und Fufssohlen. Die blafsgelbe Farbe der Efflorescenzen verwandelte sich, wenn das Kind aufgeregt war, in eine rötliche oder scharlachrote Farbe. Seitdem hat sich die Zahl der Flecke vergröfsert, es ist nur noch ein Bezirk um die Nase herum, ein Teil der Kopfhaut, der Wange frei von der Affektion. Auch die Mundschleimhaut ist befallen. Es besteht Urticaria factitia.

Einen **Fall von Dermatitis circinata** zeigt Dr. Fox. Der Ausschlag begann vor sieben Wochen und verbreitete sich rapide über den ganzen Körper. Er sieht einer Pityriasis rosea nicht unähnlich; auf der anderen Seite erinnere er an eine Psoriasis circinata.

Über die Natur der Affektion sind die Ansichten der anwesenden Mitglieder geteilt. Die einen nehmen einen parasitären, die anderen einen seborrhoischen Ursprung an.

Einen **Fall von unilateraler Lentigo im Gesicht** stellt Dr. Bronson vor. Die Patientin, ein junges Mädchen, hat an einer Poliomyelitis anterior gelitten. Der Fall ist interessant wegen der Verteilung der Lentigo, die sich ausschliefslich auf die linke Gesichtshälfte beschränkt.

Dr. Cutler stellt einen **Fall von Onychia syphilitica** vor. Der Patient hatte im Juni Syphilis acquiriert, und schon im September darauf wurden die Nägel der Finger, später der Zehen ergriffen. Die Behandlung besteht in der Beseitigung der krankhaften Nagelpartien und in der Applikation von Quecksilberpflaster oder -salbe.

Dr. Allen berichtet über einen Fall, der sich vor drei Jahren syphilitisch inficiert hatte und das letzte Jahr frei von jeglichen Symptomen war. Vor kurzer Zeit traten **erythematöse Ringe an den Handrücken und Handtellern** beider Hände auf, wie ein Erythema iris, gleichzeitig wurden alle Nägel weich, und unter dem Nagel sah man einen rosaroten Ring, der sich etwa über 1/8 Zoll des Nagels erstreckte. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 32. Heft 3. 1895.

I. **Über Folliculitis (Sykosis) nuchae sclerotisans und ihre Behandlung nebst Bemerkungen über Haargruppenbildung**, von S. Ehrmann-Wien. Die von Hebra und Kaposi und Hebra jun. als besondere Sykosisform beschriebene und „Sykosis framboesiformis", resp. „Dermatitis papillomatosa capillitii" bezeichneten Fälle von Erkrankung der Haarbälge haben alle das gemeinsam, dafs sich am Hinterhaupt und am Nacken an der Haargrenze teils einzeln stehende, teils linear aneinandergereihte, erbsen- bis bohnengrofse Knoten oder Papillome entwickeln, welche von einem Haarbüschel durchbohrt sind. Nur bei einzelnen tritt Eiterung in Form von kleineren oder gröfseren Abscessen ein. Nur in einem der beschriebenen Fälle ragten Haare aus den vorhandenen Eiterhöhlen hervor. Verfasser rekapituliert die Krankengeschichten dieser Fälle und beschreibt dann ausführlich zwei aus der eigenen Praxis, die manche Abweichungen von jenen zeigten.

Fall 1 betrifft einen Mann, der vor neun Jahren einen Furunkel am Nacken hatte, nach dessen Abheilung zunächst in der Umgebung, dann auf der ganzen Nackenhaut eiternde Stellen auftraten, welche im Verlaufe weniger Jahre zu einer schmerzhaften Anschwellung der ganzen Nackenhaut und bedeutender Steigerung der Resistenz derselben führten. Gegenwärtig ist die Nackenhaut tief dunkelrot, stellenweise violett gerötet, sehr bedeutend angeschwollen, gespannt, glatt, glänzend und so resistent, dafs die Epidermis an die eines Cancer en cuirasse erinnerte. Nirgends auf der ganzen, grofsen Fläche war eine Spur von Papillombildung zu sehen, nirgends war die Oberfläche drusig, nirgends eine Furchenbildung. Die Epidermis war überall durch die Hyperämie und Entzündung glatt gespannt. Auf dem ganzen erkrankten Gebiete zeigte sich eine Menge eiternder Punkte, aus denen auf Druck leicht Eitertropfen hervortraten, und zwar durch präformierte Öffnungen, in denen 2—8 Einzelhaare enthaltende Haarbüschel sich befanden. Diese Haare waren nicht gewunden, sondern gestreckt und liefsen sich vereinzelt mit der Pinzette leicht aus den Öffnungen hervorziehen. Andere safsen jedoch fest. Der Eiter bestand wesentlich aus Eiterzellen, stellenweise enthielten die Eitertröpfchen neben den gewöhnlichen Eiterzellen noch eine grofse Menge verfetteter Plattenepithelien und Cholestearinkrystalle.

Von Interesse ist in den beiden vom Verfasser beschriebenen Fällen im Gegensatze zu den von Kaposi und Hebra publicierten, dafs dort der gröfste Teil der Haare auch auf der ganz normalen Haut des Kopfes zu Gruppen angeordnet war, deren jede aus einem gemeinsamen Haartrichter hervorkam. Bei den Barthaaren war dies nicht der Fall. Die Bildung von Haarbüscheln und Haargruppen war also hier ursprünglich eine individuell physiologische Erscheinung, die durch den pathologischen

Prozefs stark verzerrt wurde, während bei den Fällen von Dermatitis papillaris die Büschelbildung eine durch den Prozefs selbst und nur durch diesen erzeugte Anomalie ist. Auf Grund seiner pathologisch-anatomischen, wie bakteriologischen Untersuchungen definiert Verfasser seine Fälle als Folliculitis (der Haarbälge) oder Sykosis, erzeugt durch Staphylokokken, welche zu einer tiefgreifenden sklerosierenden Entzündung der Nackenhaut führten, weil die Haarfollikel vermöge ihrer anatomischen Beschaffenheit ungemein weit und tief ins Unterhautzellgewebe führten. Die von KAPOSI so benannte Dermatitis papillaris capillitii ist von der vom Verfasser beschriebenen Affektion zu trennen; doch ist es möglich und auch wahrscheinlich, dafs in jenen Fällen, wo neben Papillombildung auch tiefgehende Eiterungen bestehen, beide Prozesse nebeneinander herlaufen, wie in den Fällen von HANS v. HEBRA. Sicher ist, dafs beide Formen getrennt an verschiedenen Individuen vorkommen, und zwar bei dem einen die Dermatitis papillaris capillitii Kaposi, bei den anderen aber eine bakterielle Folliculitis neben angeborener Haargruppierung, für welche der Autor den Namen „Folliculitis" oder „Sykosis nuchae sclerotisans" vorschlägt. Die letztere wird durch elektrolytische Zerstörung der Haarbälge geheilt.

II. **Über die Häufigkeit des Vorkommens von Gonokokken und anderen Bakterien im Sekrete des Cervix uteri bei scheinbar gesunden Prostituierten,** von M. KOPYTOWSKI. Verfasser hat das Sekret aus dem Cervikalkanal Prostituierter am Tage ihrer Entlassung aus dem Spital mikroskopisch untersucht. Von 163 Fällen war bei 92 Blennorrhoe klinisch festgestellt worden, in 71 dagegen litten die Kranken an anderen Affektionen, während die Blennorrhoe klinisch nicht diagnosticiert wurde. Bei den 92 waren in 33 Fällen Bakterien (36%) vorhanden, und zwar in 9 Fällen mehr oder weniger reichlich Gonokokken (10%); bei den 71 klinisch nicht als Blennorrhoe diagnosticierten Fällen wurden in 35 Bakterien (49%), von diesen in 5 Fällen Gonokokken gefunden. Von anderen Bakterien wurden Kokken und verschieden lange und dicke Stäbchen beobachtet.

Das Resultat der Untersuchungen war, dafs bei den polizeilich für gesund erklärten Prostituierten die Gonokokken in 8% und andere Bakterien in 41% gefunden wurden, dafs somit die aus dem Hospital Entlassenen nur relativ gesund waren. Zur Bestimmung des Gesundheitszustandes der Prostituierten, soweit es sich um Blennorrhoe handelt, mufs zur mikroskopischen Untersuchung des Vaginalsekretes auch die des Cervikalsekretes treten.

III. **Normale und pathologische Histologie des Unterhautfettgewebes,** von L. HEITZMANN-New York. Der Auffassung der Histologen, dafs die Fettkugeln „Fettzellen" mit einem zähflüssigen, stark lichtbrechenden gelblichen Inhalte seien, begrenzt von einer dünnen Kapsel, der sog. Zellwand, und mit einem meist exzentrisch gelegenen oder wandständigen Kerne versehen, tritt Verfasser in der vorliegenden Arbeit entgegen. Er gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zu ähnlichen Resultaten, wie vor ihm C. HEITZMANN im Jahre 1883 (*Mikroskopische Morphologie*):

1. Die Fettkugel ist keine Zelle, sondern aus einer grofsen Anzahl indifferenter Protoplasmakörper aufgebaut. Der Kern hat mit der Fettkugel nichts zu schaffen, sondern liegt stets in der die Fettkugel einhüllenden Kapsel.

2. Die Kapsel der Fettkugel ist als eine elastische Schicht leimgebender Grundsubstanz zu betrachten, analog den an den Grenzen der Territorien des Knochen- und Knorpelgewebes auftretenden elastischen Schichten.

3. Das Fettgewebe ist als eine Varietät von myxomatösem Gewebe aufzufassen, ähnlich dem Lymphgewebe. In der Fettkugel bildet sich ein verzweigter Protoplasmakörper aus, ähnlich den verzweigten Protoplasmakörpern des Faserknorpels und des Knochens.

4. Der verzweigte Protoplasmakörper kann durch Reagentien nicht zur Anschauung gebracht werden, wird aber sofort sichtbar nach raschem Verschwinden des Fettes bei rapider Abmagerung.

5. Bei allmählicher Abmagerung werden in der Fettkugel nebst dem verzweigten Protoplasmakörper auch solche kernhaltige Körper sichtbar, welche die Maschenräume des verzweigten Körpers ausfüllen. Keiner dieser Körper ist neu entstanden, sondern nur nach Auslösung des Fettes sichtbar geworden.

6. Die die Maschenräume erfüllenden Protoplasmakörper sind identisch mit jenen, aus welchen die Fettkugel bei ihrer Entwickelung aufgebaut worden ist.

7. Fettkugeln sind nicht immer zu einem Gewebe vereinigt, sondern treten auch isoliert oder in kleinen Gruppen innerhalb des fibrösen Bindegewebes auf.

8. Die im fibrösen Bindegewebe häufig sichtbaren sog. grobkörnigen oder Mastzellen stellen höchstwahrscheinlich den Übergang von Protoplasma zu Fett dar, indem die Knotenpunkte des Netzwerkes der lebenden Materie unmittelbar zu Fett umgewandelt werden.

9. Im Entzündungsprozesse werden die die Fettkugeln aufbauenden Protoplasmakörper durch Proliferation ihrer lebenden Materie zu Entzündungskörpern umgewandelt, aus welchen bei der formativen Entzündung myxomatöses und myxofibröses Gewebe entsteht.

10. Wenn die aus der Fettkugel hervorgegangenen Entzündungskörper aus dem gegenseitigen Zusammenhange gerissen werden, entsteht aus der ehemaligen Fettkugel ein Haufen von Eiterkörpern.

IV. **Über Herpes tonsurans bei Neugeborenen**, von S. Toch-Prag. Die einen Autoren glauben, dafs das Kindesalter für die Entwickelung des Herpes tonsurans besonders disponiert sei, andere geben das Alter vom dritten bis fünften oder sechsten Lebensjahre als besonders bevorzugt an. Prof. Epstein hat in der Kinderklinik eine Reihe von Fällen schon bei Kindern in der zweiten oder dritten Lebenswoche beobachtet und hält nach seiner Erfahrung das Auftreten dieser Hautmykose in so jugendlichem Alter für nicht sehr selten.

Um jeden Zweifel an dem Vorkommen des Herpes tonsurans bei neugeborenen Kindern zu beseitigen, wurde gelegentlich eines Falles vom Verfasser nicht nur die mikroskopische, sondern auch bakteriologische Untersuchung der Schüppchen vorgenommen.

Es handelte sich in dem betreffenden Falle um ein 14 Tage altes Kind, das an verschiedenen Stellen des Gesichtes und des behaarten Kopfes ringförmige, bis kreuzergrofse, teils isolierte, teils konfluierende Herpesherde zeigte. Das Kind wurde mit weifser Präcipitatsalbe und 10%igem Salicyl-Seifenpflaster behandelt, worauf die Efflorescenzen abheilten. Einzelne nach Unna gefärbte Schüppchen stellten die mykotische Natur der Krankheit fest. Der Gang der bakteriologischen Untersuchung war folgender: Einige Schuppen von einer erkrankten Partie der Kopfhaut wurden mit Kieselgur in einer Reibschale so gut als möglich zerrieben und hierauf in 5 ccm verflüssigten Agar-Agar gegossen. Von dieser Suspension wurden drei Ösen in ein zweites verflüssigtes Agar-Agar-Röhrchen, von dieser Verdünnung in ein drittes und von letzterer in ein viertes überimpft, worauf mit den drei letzten Verdünnungen Plattenkulturen angelegt wurden. (Verfahren nach Král.) Die Platten wurden bei 37° C. aufbewahrt.

Es entwickelten sich für Herpes tonsurans ganz typische Kulturen. Um auch zu beweisen, dafs der aus den Schuppen reingezüchtete Pilz wirklich der Erreger des Herpes tonsurans war, versuchte Verfasser, durch Übertragung der Reinkultur auf ein gesundes Kind dieselbe Affektion experimentell hervorzurufen. Es gelang dies voll-

kommen. Am sechsten Tage nach der Impfung zeigten sich an der Impfstelle mehrere stecknadelspitzgroſse, knötchenartige Efflorescenzen mit leicht gerötetem Hofe. Dieselben gruppierten sich in den nächsten Tagen zu typischen Kreisen.

Nach diesen Untersuchungen ist der Beweis erbracht, daſs die Haut junger Säuglinge einen sehr günstigen Boden für die Entwickelung des Pilzes abgiebt.

V. **Bemerkungen zu KUZNITZKYS „Beitrag zur Kontroverse über die Natur der Zellveränderungen bei Molluscum contagiosum"**, von K. TOUTON-Wiesbaden. T. verteidigt seinen Standpunkt gegenüber K.'s Kritik, insbesondere tritt er dem Vorwurfe, daſs er nicht mit genügend sterilisiertem Material gearbeitet habe und deshalb nicht zu beweiskräftigen Resultaten gelangen konnte, mit der Bemerkung entgegen, daſs für die Protozoenzüchtung die absolut sterilisierten Nährböden nicht immer das geeignete Nährmaterial böten, und daſs es praktischer sei, zu anderen Nährböden überzugehen. So habe SCHUBERG seine schönen Resultate durch Züchtungen in vorher durchaus nicht sterilisiertem Mäusekot erhalten. Kot, feuchte Erde oder Sand, faulende Flüssigkeiten seien für solche Untersuchungen bessere Nährböden, als sterilisierter Glycerinagar oder Nährgelatine. Für manche Protozoen seien gerade die Bakterien beliebte Nahrungsmittel.

Verfasser geht noch einmal den ganzen Entwickelungsgang, den er in der Molluscumfrage durchgemacht habe, von Anfang bis zu Ende durch und zeigt am Schlusse, daſs auch K.'s positiven Resultate der genügenden Beweiskraft ermangelten, um Verfasser veranlassen zu können, seinen bisherigen Standpunkt aufzugeben.

VI. **Zur Kenntnis der Labyrinthsyphilis**, von M. MÖLLER-Stockholm. (Wird anderweitig referiert.)

VII. **Über die Autoinokulation des primären syphilitischen Geschwüres**, von A. ZAREWICZ-Krakau. Verfasser beschreibt ausführlich zwei interessante Fälle.

Fall 1 betrifft eine 30jährige Tagelöhnerin, deren Ernährungszustand vollkommen gut war. Die Patientin war wegen Scabies ins Hospital gekommen. Bei genauerer Untersuchung fand man die linken Inguinaldrüsen geschwollen, hart, schmerzlos, die rechten normal. Die linke kleine Schamlippe im unteren Drittel erheblich geschwollen und stark gerötet, war an ihrer Innenseite der Sitz eines typischen Primäraffektes. Sonstige Lymphdrüsen waren normal, auf der Haut und den Schleimhäuten wurde nichts Krankhaftes bemerkt. Die Patientin vermochte über die Dauer des Geschwüres nichts anzugeben. Dasselbe wurde täglich mit einer 1‰igen Sublimatlösung gewaschen und zwischen die Schamlippen entfettete gereinigte Baumwolle eingelegt. Nach einem Monate (am 19. Juni) bemerkte man in der Fossa navicularis eine kleine Exkoriation, die sich in den nächsten Tagen zu einem primären, indurierten Geschwüre entwickelte. Von einer allgemeinen Lues war nichts zu finden. Beide Geschwüre wurden in gleicher Weise behandelt und besserten sich auch wesentlich. Erst am 7. Juli, also 50 Tage nach dem Auftreten der ersten Sklerose, zeigte sich anfangs spärliches, später ausgedehntes makulöses und papulöses Exanthem.

Fall 2 betrifft eine 22jährige Prostituierte, deren Allgemeinbefinden befriedigend ist. Die Patientin zeigt auf der Schleimhaut der Oberlippe, nahe deren Mitte, ein seit 14 Tagen bestehendes, mit Borken bedecktes, hartes indolentes Geschwür. Die Oberlippe ist mäſsig geschwollen und aufgeworfen. Die Nackendrüsen sind normal, dagegen die Lymphdrüsen in der Gegend des linken Unterkieferwinkels angeschwollen, hart, schmerzlos und unter der Haut leicht verschiebbar. Hautoberfläche, Schleimhäute, Genitalien sind sonst normal. Das Geschwür wurde mit einer 2‰igen Borsäurelösung gewaschen und mit Merkurialpflaster bedeckt. Am 25. Tage der Spitalsbehandlung (12. Januar 1892) und am 39. seit dem Beginn der Krankheit wurde in

der Nähe der Zungenspitze auf ihrer oberen Fläche, etwas links von der Mittellinie, eine kleine hirsekorngroſse, deutlich infiltrierte, grau belegte Exkoriation bemerkt, die für ein Condyloma latum angesehen und dementsprechend behandelt wurde. Am 19. Januar war das Krankheitsbild folgendes: Auf der Zungenspitze eine bohnengroſse, flache, ovale, genau begrenzte, in der Mitte exkoriierte, knorpelharte, tief in das Zungenparenchym eindringende Infiltration; die Oberfläche der Exkoriation zeigt kein Exsudat, ist vielmehr glatt, glänzend, dunkelrot, vollkommen schmerzlos. Die Lymphdrüsen sind ebenso, wie bei der Aufnahme der Patientin. Bei der mangelnden Heilungstendenz wurde das Geschwür als wahrscheinliche Initialsklerose auf der Zunge diagnosticiert. Die Behandlung bestand in fleiſsigen Ausspülungen mit Chlorkalium. Am 3. Februar (dem 61. Tage seit Beginn) — die Sklerose auf der Oberlippe war abgeheilt, die auf der Zunge wenig verändert — klagte die Patientin über intensive Kopfschmerzen, allgemeine Mattigkeit. Auf der Haut und den Schleimhäuten sind keine Anzeichen von Allgemeinerscheinungen vorhanden. Die Kopfschmerzen hörten unter fünftägigem Gebrauche von Jodkalium auf. Am 12. Februar — vier Wochen nach ihrem Auftreten — war das Geschwür auf der Zunge mit Hinterlassung einer exquisiten Induration abgeheilt. Am 8. März wurde Schwellung der Occipitaldrüsen bemerkt. Am 5. April wurde Patientin, da sich keine luetischen Erscheinungen gezeigt hatten, aus dem Hospital entlassen. Am 17. Juni kam sie wieder, diesmal mit ausgesprochener allgemeiner Syphilis.

Nach der Ansicht des Verfassers lassen die beschriebenen Fälle folgende Deutungen zu:

1. Noch während der Inkubationszeit des ersten Geschwüres inficierten sich beide Kranke abermals syphilitisch, und das zweite Geschwür kam um so viel Zeit später zum Vorschein, als die abermalige Infektion später erfolgte („Chancre successif" der Franzosen).

2. Das schon vorhandene harte Geschwür reinokulierte sich an einer und derselben Person.

Letztere Eventualität wäre vom theoretischen und praktischen Standpunkte aus von groſser Tragweite.

Verfasser stützt seine Ansicht von der Autoinokulation des syphilitischen Virus auf die diesbezügliche Litteratur; er weist an der Hand derselben und eigener Erfahrungen auf die Immunität mancher Personen gegen Syphilis, oder auf Fälle hin, in welchen trotz fehlender Initialsklerose die Allgemeinerscheinungen aufgetreten sind (Syphilis d'emblée), um zu demonstrieren, wie verschiedenartig der syphilitische Krankheitsstoff den menschlichen Organismus beeinflussen kann, und wie das Gedeihen des syphilitischen Virus an der Invasionsstelle von verschiedenen, auf seine Entwickelung günstig einwirkenden Verhältnissen abhängen wird. Die tägliche Erfahrung lehrt, daſs zwar zum überwiegend gröſseren Teile dieses Gift den ganzen Organismus rasch inficiert, daſs es aber andererseits Fälle giebt, wo unter gewissen Umständen die Resorption des Virus verzögert wird, das harte Geschwür durch längere, als eine gewöhnliche Zeit eine lokale Krankheit bleibt, oder sogar, was zu den Seltenheiten gehört, den lokalen Charakter für immer behält. Dann aber ist auch die Autoinokulation des harten Geschwüres am Kranken selbst möglich.

Verfasser hält es auf Grund dieser Erfahrungen für praktisch wichtig, das Initialgeschwür, wo die Lokalisation es irgendwie gestattet, durch Excision so rasch als möglich zu vernichten. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Bd. VI. Heft 8.

I. **Versuche über Organtherapie bei Prostatahypertrophie**, von E. Reinert. Nach einleitenden Bemerkungen über die Organtherapie im allgemeinen bespricht Verfasser seine Versuche. Er fütterte vier Leute mit den ausgesprochenen Beschwerden der Prostatahypertrophie mit Prostata von jungen Stieren. In zwei Fällen wurde eine nennenswerte Besserung der Beschwerden und eine Verkleinerung des Organs erzielt. Interessant ist, dafs Verfasser sich durch Touchierung ein Bild von der Gröfse der Prostata zu machen suchte und nach dem so gewonnenen Befunde die Prostata in Modelliermasse darstellte. Verfasser bittet um Nachprüfung seiner Versuche, ehe man zu einer Operation schreitet, und teilt mit, dafs Merck in Darmstadt ein Dauerpräparat darstellt, Prostatatabletten, entsprechend 0,3 g Drüsensubstanz. Erwähnt sei noch, dafs irgendwelche Störungen des Allgemeinbefindens bei dieser Kur nicht auftraten.

II. **Beitrag zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie**, von König-Wiesbaden. Nach Kritisierung der ungenügenden Resultate, welche die bisherigen Operationsversuche, auch die Bierache Operation, ergeben haben, teilt Verfasser zwei von ihm mit doppelseitiger Kastration behandelte Fälle mit, die in der That ein treffliches Heilresultat ergeben haben. Erwähnenswert ist, dafs Verfasser im ersten Falle zunächst die einseitige Kastration machte. Zunächst trat eine Besserung ein, die aber bald einer starken Verschlimmerung Platz machte. Heilung trat erst ein, als auch der zweite Hoden entfernt war.

III. **Kasuistische Beiträge zur Diagnose der Neurasthenia sexualis**, von Alex. Peyer. Oft tritt die Neurasthenie im Anschlufs an eine akute schwere Erkrankung auf; Verfasser teilt einschlägige Fälle mit, in denen er nachweisen konnte, dafs die Ursache der Neurasthenie, der Abusus sexualis, sei es nun Masturbation, sei es Congressus interruptus, oft schon lange vor der akuten Erkrankung bestanden hatte. Indes hatte der kräftige Körper diese Schädigungen ohne Beschwerden ertragen, während bei dem durch die akute Erkrankung geschwächten Individuum sofort die Erscheinungen der Neurasthenie sich bemerkbar machten. Gesichert wurde die Diagnose durch den Erfolg der eingeschlagenen örtlichen Therapie.

F. Hahn-Bremen.

The British Journal of Dermatology.

Band VII. Oktober 1895.

I. **Die Diät in der Ätiologie und der Behandlung der Hautkrankheiten.** Vortrag, gehalten in der British Medical Assiociation am 1. August 1895, von W. G. Smith-Dublin. Auf vier Wegen vermag die Diät die Haut zu beeinflussen: 1. durch die allgemeine Ernährung des Körpers; 2. durch Reflexwirkung vom Gastro-Intestinaltractus aus; 3. durch Aufnahme reizender Substanzen oder der chemischem Wechsel unterworfenen Produkte ins Blut. Dieselben würden dann indirekt die Haut angreifen; 4. die Haut kann in ihrer Eigenschaft als Sekretions- oder Eliminationsorgan leiden.

Redner führt die einzelnen Punkte ausführlich aus und resumiert das Gesagte zu folgenden Schlufssätzen:

1. Sehr wenige Hautkrankheiten können direkt auf diätetische Fehler zurückgeführt werden, wiewohl ungeeignete Diät schon bestehende Ausschläge verschlimmern kann. Die Idiosynkrasie spielt hier eine grofse Rolle.

2. Die Hautkrankheiten, welche so entstehen, sind von transitorischem Charakter und gehören meist der Klasse der Erytheme an.

3. Die Diät befördert im allgemeinen sehr wenig die Heilung der Hautkrankheiten. Die erzielten Resultate stehen weit hinter den gewöhnlichen Erwartungen selbst in solchen Fällen wie Acne rosacea, wo wir berechtigt sind, von der Diätetik gutes zu erwarten.

4. Das Vermeiden des Alkohols, regelmäfsige Entleerung und die Beseitigung der Anämie sind oft weit wichtiger, als besondere diätetische Vorschriften.

Diskussion. Der Vorsitzende Dr. Crocker stimmt mit dem Redner darin überein, dafs der Einfluſs der Diät auf die Veranlassung und die Heilung der Hautkrankheiten im Volke weit überschätzt werde. Er habe sogar einen Fall beobachtet, der bei strengster Diät sich verschlimmerte, während er bei einer von Verboten nicht eingeschränkten Nahrung sich besserte. Von Wichtigkeit sei allerdings, dafs eine gute Küche die Allgemeingesundheit und so indirekt auch die Haut gesund erhalte. Von einzelnen Nahrungsmitteln seien gesalzene Speisen von Nachteil. Bier und Wein seien mehr geneigt, zu schaden, als reiner Spiritus dilutus, wenngleich man in der Verordnung des letzteren vorsichtig sein soll.

Dr. Harrison hält von Alkoholicis besonders den Champagner für manche Hautpatienten für schädlich.

Dr. Myrtle-Harrogate hält eine liberale Diät für ersprieſslicher, als eine beschränkte. Selbst auf die Lepra in einzelnen Teilen von Norwegen habe eine bessere körperliche Pflege günstig eingewirkt. Alle Alkoholica halte er, wenn nicht mäfsig genossen, für schädlich, ebenso das Trinken von Thee, welcher, in excessiver Weise gebraucht, häufig Gicht hervorruft.

Dr. Thin glaubt nicht an den üblen Einfluſs des Theekonsums, da in China und Japan deshalb nicht mehr Hautkrankheiten entständen.

Dr. McCall Anderson stimmt mehr mit Dr. Jamieson überein, der die Beobachtung der Diät für einen wichtigen Faktor bei der Behandlung der Hautkrankheiten hält.

II. **Ein Fall von Adenoma sebaceum, vermischt mit Molluscum fibrosum.** Vortrag, gehalten l. c., von W. Anderson - London. Die Affektion begann bei dem 27jährigen Landmann vor 20 Jahren mit einigen Flecken zu beiden Seiten der Nase. Die Affektion breitete sich über das Gesicht aus, und 1—2 Jahre später wurden am Körper kleine Gewächse bemerkt. Gegenwärtig ist der gröfsere Teil des Gesichts bedeckt von einem papulösen Ausschlage, der aus verschieden grofsen, etwas spitzen, matt rosa- bis ziegelroten Knötchen besteht. Am Stamme sieht man zahlreiche papulöse Erhabenheiten von normaler Hautfarbe, dazwischen zerstreut viele kleine, schlappe Mollusca fibrosa, teils fest, teils gestielt. Jucken bestand nicht. Um das Aussehen des durch den Ausschlag entstellten Gesichtes zu bessern, wurden die mehr auffallenden Gruppen von Efflorescenzen excidiert, die Wundränder vernäht und mit Jodoform und Kollodium bedeckt. Die erzielten Narben waren gut und wenig entstellend.

Die mikroskopische Untersuchung excidierter Efflorescenzen ergab ähnliche Befunde, wie sie Pringle bei seinen im Jahre 1890 publicierten Fällen erhalten hat.

Diskussion. Der Präsident empfiehlt neben der Excision bei den nicht gut excidierbaren Efflorescenzen die Elektrolyse.

Dr. Brooke hat zwei Fälle von sog. Adenoma sebaceum gesehen, von denen der eine eine Idiotin, der andere eine epileptische, aber sonst normal intelligente junge Frau betraf. Die Bezeichnung der Affektion mit „Adenoma sebaceum“ halte er nicht für sehr prägnant, da es sich bei derselben nicht um ein einfaches Adenom der Talgdrüsen handle. Bei der epileptischen Frau habe er die Gewächse mit dem spitzen Galvanokauter beseitigt.

III. **Ein Fall von Cheiropompholyx**, von F. H. Barendt-Liverpool. Der Fall betrifft eine 36jährige verheiratete Frau, die seit vier Tagen über intensives Brennen, über Schmerzhaftigkeit, Jucken in den Fingern, namentlich der linken Hand, klagte. Die Patientin leidet beständig an Kopfschmerzen, die gewöhnlich auf der linken Seite beginnen und sich dann über den ganzen Kopf verbreiten. Die Anfälle, welche meist durch Stechen in den Händen, Schwindel, psychische Depression eingeleitet werden, endigen gewöhnlich mit Erbrechen. Sie hat niemals eine Hautkrankheit gehabt. Ihren Zustand an den Händen führt sie auf den Schreck zurück, von dem sie bei der Nachricht von dem plötzlichen Tode ihres Mannes ergriffen worden war. Rheumatismus, Syphilis, Gicht habe sie niemals gehabt. Verdauungsstörungen sind auch nicht vorhanden gewesen.

Die Affektion an den Händen ist charakterisiert durch erbsen- bis dreipennygroſse, erhabene, rote, diskrete Stellen. Die gröſsten befinden sich an der Dorsalseite der Finger. Die Handteller, wie die Metakarpalregion der Hände waren frei von Efflorescenzen, ebenso die Füſse. Etwa 14 Tage nach Beginn der Affektion zeigten sich an der Stelle der erhabenen, roten Plaques Blasen und Bläschen. — Verfasser bespricht die Ätiologie und Pathologie des Cheiropompholyx, der von einigen Autoren als Erythema exsudativum multiforme, von anderen als Dysidrosis angesehen wird, wahrscheinlich auf eine vasomotorische Störung zurückzuführen ist.

C. Berliner-Aachen.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1895. 1. Heft.

Als **Beitrag zum Studium der Fernwirkung der blennorrhoischen Infektion** berichtet Pitruzzella über eine 22jährige Frau, bei der infolge einer blennorrhoischen Infektion nacheinander auftraten: Urethritis, Vulvo-Vaginitis, Metritis, Erosionen in der Umgebung des Anus, Endocarditis, Pneumonie, allgemeines Erythem und Purpura. Exitus letalis.

Über die Hyperkeratosis excentrica, von Respighi. Der Fall, welcher hier beschrieben worden ist, stimmt klinisch und morphologisch genau mit denjenigen überein, die er früher unter der Bezeichnung Porokeratosis (diese Zeitschr. Bd. XVIII. pag. 70) publiciert hat. Da es ihm aber bei der histologischen Untersuchung nirgends gelang, jene kleinen Erhabenheiten mit zentraler punktförmiger Depression mit oder ohne zentralen federbuschartigen Hornpfropf nachzuweisen, wie er sie hie und da in den früheren Fällen sah, so hat er nun seine Ansicht bezüglich der Benennung dieser Affektion sui generis geändert, da die Bezeichnung Porokeratosis, welche eine nahe Beziehung zu den Knäueldrüsenmündungen einschlieſst, nicht mehr paſst. In Anbetracht der peripheren Ausbreitung der Efflorescenzen wählte er demnach, statt der früheren, die Bezeichnung Hyperkeratosis oder Keratodermia excentrica.

Über eine abgeschwächte Form der sog. Ichthyosis sebacea (Ichthyosis lamellaris), von Carini. Der Fall betrifft ein $2^1/_2$ Jahre altes Kind, welches Verfasser mit einem anderen an Ichthyosis simplex leidenden vergleicht. Bei dem ersteren handelt es sich um eine Affektion, die von den ersten Tagen des Lebens datiert, und deren Hauptcharakter in einer lamellösen Desquamation auf Kopf, Unterleib und Seitenpartien des Abdomens besteht. Die Schuppen sind lang und breit, dünn, wie fettig, besonders grofs auf dem Kopfe, kleiner an den übrigen Stellen. Die schmutziggelblichen Schuppen, die etwa wie Kollodiumhäutchen aussehen, lassen sich leicht entfernen und lassen dann eine anscheinend gesunde Haut zum Vorschein kommen. Die Haut, welche die genannten Schuppenherde umgiebt, ist trocken. Bei der Diagnose kamen in Frage: die Ichthyosis vera, die Ichthyosis foetalis (Keratoma diffusum

Kibler, Keratoma malignum, diffusum, intrauterinum Besnier), die Pityriasis rubra infantilis (Heischmann). Mit Ausschluſs aller dieser Keratodermatosen ist Verfasser der Ansicht, daſs es sich um eine Varietät der sog. Ichthyosis sebacea (auch Dermatitis seborrhoica genannt) handle. Die Bezeichnung sebacea scheint ihm deshalb aber unpassend, weil die Schuppen, mikroskopisch betrachtet, keine Fettzellen, sondern lediglich kernlose Hornzellen enthalten; Sekret der Talgdrüsen konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden. Statt sebacea würde er demnach lamellaris vorschlagen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band XIII. September 1895.

I. **Über Verkalkung der Tunica vaginalis als eine Komplikation einer alten Hydrocele. Orchidomeningitis calcificans**, von R. Park-Buffalo. Der Patient ist ein 36jähriger Mann, der infolge seines langdauernden Leidens melancholisch geworden ist und sich in der Irrenstation befindet. Der eine Testikel hat die Gröſse einer Orange und fühlt sich hart und unnachgiebig an. Länger als sechs Jahre besteht der Tumor, den der Patient gern ohne Anwendung der Narkose beseitigt haben möchte. Es wurde die einfache Kastration gemacht. Nach glücklich vollzogener Operation wurde der Patient in kurzer Zeit geistig und physisch wieder vollständig gesund. Verfasser teilt ausführlich das Resultat der makroskopischen, wie mikroskopischen Untersuchung mit.

Die Wände der ovoiden Masse fühlten sich überall wie eine Eischale an; thatsächlich schien der ganze Tumor die Konsistenz und Gröſse eines Straufseneies zu haben. Die Dicke der Wand wechselte zwischen $^1/_8$—$^1/_4$ Zoll; die Wand war durchweg verkalkt. Innerhalb derselben befand sich etwas Flüssigkeit, die augenscheinlich einmal eiterig gewesen ist. Welcher Natur die Eiterung war, konnte nicht mehr eruiert werden. Die Innenfläche der Wand war uneben und rauh. An einer Seite, und zwar an seiner eigentlichen Stelle, fanden sich Überreste des Testikels, dessen Hülle starkt verdickt, aber nicht verkalkt war. Im Testikel wurden keine Anzeichen einer Degeneration bemerkt. Der Nebenhoden war ebenfalls stark verdickt, zeigte aber sonst keine wesentliche anatomische Veränderungen. Im unteren Abschnitt des vergröſserten Sackes fand man zwei Cysten oder eingekapselte Konkremente, die zumeist aus Cholesterinkristallen und Fett bestanden.

Die einschlägige Litteratur wird ausführlich besprochen.

II. Bericht über einen **Fall von frühzeitiger Verstopfung der Ductus ejaculatorii**, von E. C. Burnett-St. Louis. Der 37jährige Patient erfreut sich eines guten Allgemeinbefindens. In seinem fünften Lebensjahre wurde er wegen Blasensteins operiert. Es war damals die linke laterale Lithotomie ausgeführt worden. Verfasser behandelte ihn in der letzten Zeit wegen einer Epididymitis des linken Testikels; der rechte Nebenhoden war sechs Monate vorher entzündet gewesen. Patient giebt an, daſs ihn seine Testikel fast beständig am Tage und nach dem Coitus schmerzten, und dies schon zu einer Zeit, wo dieselben noch nicht entzündet gewesen wären. Sexuell halte er sich für genügend potent, doch habe er niemals eine Samenentleerung gehabt. Er sei auf diesen Defekt erst durch die Klagen der Weiber aufmerksam gemacht worden, mit denen er geschlechtlichen Verkehr gehabt habe.

Die Untersuchung der äuſseren Genitalien ergiebt, daſs dieselben groſs und gut entwickelt sind, mit Ausnahme des linken Testikels, der geschwollen und auf Druck empfindlich ist. Unter einem Langlebertschen Suspensorium gingen die Erscheinungen der Epididymitis vollständig zurück. Verfasser führte nunmehr ein Endoskop in die Urethra ein, um sich über den Zustand der Pars prostatica zu orientieren. Er

fand dieselbe aufserordentlich klein, das Colliculum seminale nur en miniature und kaum vom umgebenden Gewebe zu unterscheiden. Die Untersuchung per rectum ergab, dafs die Samenbläschen nicht fühlbar, die Prostatadrüse in ihrem Umfange kaum zu bestimmen war. Die kombinierte Untersuchung mit der Sonde in der Blase und dem Finger im Rectum stellte fest, dafs die Prostata weich, normal gestaltet, aber viel kleiner, als die eines zehnjährigen Knaben war.

Verfasser glaubt, dafs bei der vor mehr als 30 Jahren vorgenommenen Blasensteinoperation wahrscheinlich die Ductus ejaculatorii quer durchrissen und dauernd undurchgängig geworden sind. Infolge dieses Verschlusses sei ein Stillstand in der Entwickelung der Samenbläschen und der Prostata eingetreten, welche letztere ein muskulöses Organ ist, dessen Wachstum erst vollendet ist, wenn es zu funktionieren beginnt. Die Funktion der Prostata sei eine die Ejakulationsorgane unterstützende. Fehlten diese, oder seien dieselben in ihrer Thätigkeit gehemmt, so höre auch jene auf zu funktionieren, und es komme dann zu einer Inaktivitätsatrophie. So erklärt sich auch die Verkleinerung der hypertrophierten Prostata nach doppelseitiger Kastration.

III. **Eccema marginatum und Eccema seborrhoicum,** von D. E. Wetzel-Denver. Bei der Unklarheit, die noch vielfach über die Natur beider Affektionen unter namhaften Autoren herrscht, hält es Verfasser für angebracht, sich einmal das Eccema marginatum sowohl, wie das Eccema seborroicum in klinischer, ätiologischer und therapeutischer Beziehung genau zu vergegenwärtigen und streng auseinanderzuhalten, um Rückschlüsse auf das Wesen beider Krankheiten ziehen zu können.

IV. **Bericht eines Falles, bei welchem weifses Haar unter dem Einflusse strenger Kälte schwarz geworden ist,** von G. W. Griffiths-Louisville. Der 65jährige Mann war während einer heftigen Feuersbrunst in Louisville am 5. Januar 1895 stundenlang bei seiner Dampfspritze dem kalten Nordwinde ausgesetzt. Auf dem Kopfe trug er ein rotes Käppchen und darüber seinen Helm. Im Vergleich zu dem übrigen Körper war der Kopf der wärmste Teil. Zeitweilig war der Feuerwehrmann durch den rasch frierenden Wasserspray in Eis vollständig eingehüllt. Ganz erschöpft von der Arbeit und der Kälte, wurde er in sein Haus gebracht. Am Nachmittage des folgenden Tages hatte das seit acht Jahren graue und vorher blonde Haar, zur Verwunderung der Umgebung, eine schwarze Farbe angenommen.

In der Litteratur ist ein analoger Fall nicht verzeichnet, wohl werden mehrere Fälle von plötzlichem Ergrauen des Haares gemeldet. Duhring schreibt, dafs in seltenen Fällen von Canities die frühere Farbe in mäfsigem Grade zur Sommerzeit wiedererlangt wird. Die Möglichkeit, dafs im vorstehenden Falle eine chemische Einwirkung die Umwandlung zu stande gebracht hat (man denke an die rote Mütze), ist nicht ausgeschlossen.

V. **Ein Fall von Favus bei einem Neger,** von M. B. Hutchins-Atlanta. Verfasser hat nur sehr wenige Fälle von Favus in Amerika gesehen, nie zuvor bei einem geborenen Amerikaner. Das zehnjährige Mädchen, ein Negerkind, hat, nach den Angaben der Mutter seit drei Jahren die Affektion. Sowohl das klinische, wie mikroskopische Bild derselben entspricht ganz dem des typischen Favus. Die Patientin zeigt einen skrophulösen oder strumösen Habitus. Trotzdem sie mit ihrer Mutter und einem kleinen Kinde zusammenschlief, zeigten diese keine Anzeichen von Favus. Die Mutter erzählt, dafs das Mädchen früher mit weifsen Ratten gespielt habe. Es ist sehr wahrscheinlich, dafs diese das Kontagium geliefert haben. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Klinische Vorlesungen über Syphilis, von E. v. Düring. (Leopold Voss, Hamburg und Leipzig 1895.) Zu einer Zeit, in der der Büchermarkt überschwemmt erscheint, wird man immer skeptischer gegen ein neues Buch und geht mit einer streng kritischen Miene an das Studium desselben. Diese Skepsis ist zweifelhaft notwendig, um zu einem richtigen Urteil zu kommen, wenn es auch den Büchern zweifellos erschwert wird, sich einen dauernden Platz in der Litteratur zu erobern. Auch an das vorliegende Buch ging ich nicht ohne Mifstrauen, das aber schnell schwand, als ich nur in demselben geblättert hatte. Da wurde ich schnell aus einem das Buch durchsehenden Recensenten ein eifriger Leser desselben, denn gar bald sah ich ein, dafs es darin eswas tüchtiges zu lernen giebt. Allerdings darf der aus diesem Buche Belehrung Schöpfende nicht etwa ein Student sein; nur derjenige kann aus demselben viel lernen, der schon das Gebiet beherrscht. Der Autor wollte aber auch kein Lehrbuch schreiben und spricht das in der Vorrede klar aus. Durch diese Offenheit wird dem Recensenten die Beurteilung sehr erleichtert, denn zu einem richtigen Urteil kann man nur gelangen, wenn man von dem richtigen Standpunkte aus ein Buch betrachtet. An klinische Vorlesungen mufs man einen anderen Mafsstab legen, als an ein Lehrbuch, an ein Lehrbuch einen anderen, als an einen Grundrifs oder ein Kompendium. Nimmt man dem vorliegenden Werke gegenüber den richtigen Standpunkt ein, den eines Arztes, der sich mit den so unendlich wichtigen Lehren wenigstens einigermafsen vertraut gemacht hat und sein Wissen klären, bereichern und vertiefen will, dann mufs man dem Düringschen Werk hohes Lob spenden. Gründliche Wissenschaftlichkeit, strenge Kritik beherrschen die klar disponierten und gut stilisierten Vorlesungen und drücken ihnen den Stempel der Gediegenheit auf. Scheinen einem nicht alle Punkte gleichmäfsig behandelt, kann man sich den Anschauungen des Verfassers nicht immer anschliefsen, so hat man bei der Kritik darüber nicht zu rechten, denn es ist eben kein Lehrbuch in dem gewöhnlichen Sinne des Wortes und darf daher subjektiven Ansichten freien Spielraum lassen, wofern dieselben nur zu begründen versucht werden — und das geschieht durchgehends. Im grofsen und ganzen aber steht der Verfasser mit seinen Ansichten auf der Höhe der Zeit, und gerne vermifst man in demselben die weitgehende Pietät, die Kaposi als ziemlich alleinstehender Unitarier an den Tag legt. Dabei will ich gar nicht behaupten, dafs ich mit den modernen Anschauungen des Verfassers immer einverstanden bin und beispielsweise seine unbedingte Zustimmung zu Finkers Ansichten über die Entstehung tertiärer Produkte durch Intoxikation für genügend begründet halte.

Das Werk behandelt in 22 Vorlesungen, denen ein Receptanhang beigefügt ist, das Gesamtgebiet der Syphilis, keine theoretische Frage umgehend. Besonders eingehend sind die Fragen der Immunität, der hereditären Infektion in der zweiten Vorlesung, dann in der folgenden die Unitäts- und Dualitätslehre besprochen, wobei alle für die erstere von Kaposi ausgeführten Momente wiedergegeben werden.

Die folgenden Vorlesungen bringen dann eine ausführliche Besprechung der umfangreichen Symptomatologie der Syphilis unter Berücksichtigung aller Organe, während die letzten der Therapie gewidmet sind. Der Verfasser hält die Inunktionen in Ehren, verwirft nach dem Grundsatz „nil nocere“ die Injektion unlöslicher Salze, was mir begründet erscheint. Er ist kein Freund der Präventivbehandlung, bekämpft

theoretisch, wie die meisten Gegner der Fournier-Neisserschen intermittierenden Therapie, die Anwendung von Quecksilber und Jod in symptomlosen Zeiten, um in praxi, wie es scheint, sie mit geringer Abschwächung auch zu üben. Gegenüber denjenigen, welche es mit der Syphilisprognose doch gar zu leicht nehmen, betont der Verfasser, dafs mindestens fünf Jahre nach der Infektion vergangen sein müssen, bevor man das Heiraten gestattet, eine leider oft gar wenig beachtete Lehre.

Der Mühe, weitere Einzelheiten aus dem grofsen Inhalt des Buches zu bringen, fühle ich mich um so mehr überhoben, als ich überzeugt bin, dafs jeder, der für gute syphilidologische Litteratur Interesse hat, dasselbe lesen wird. Es bildet eine ebenso unterhaltende wie belehrende Lektüre und gereicht seinem Verfasser zur Ehre.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einige Abänderungen in der Technik der Skarifikationen bei Acne rosacea, von H. Fournier. (Gebr. Daix, Clermont. 1895.) Verfasser hat die bereits bekannten Skarifikationen von Vidal, Hebra, Balmano Squire, Wolf und Pick, Veiel etc. in verschiedener Weise modificiert. Erstens verwendet er als Schneide eine dünne Lamelle aus bestem Stahl (Luër in Paris), deren Spitze abgerundet und meifselförmig ist. Damit will er die Schmerzhaftigkeit des Eingriffs möglichst herabsetzen. Er schneidet nicht senkrecht auf das Gefäfs ein, sondern etwas schief. Die zu stichelnde Hautstelle mufs möglichst gespannt sein, was an der Nase schwerer zu bewerkstelligen ist; an letzterer Stelle gleitet aufserdem das Instrument wegen des vermehrten Fettgehaltes der Hautoberfläche leicht ab, weshalb sie F. mit Äther oder noch lieber mit Aceton reinigt.

Eine zweite Modifikation besteht darin, dafs F. an das Instrument einen abgeflachten Cylinder anbringt, welcher die Schneide scheidenförmig umgiebt, an derselben mit leichter Reibung auf- und abwärts beweglich ist, an dem einen, der Spitze des Instrumentes zugekehrten Ende plattenförmig aussieht, am anderen aber gabelförmig ist und sich zwischen einer Schraube und dem Griffe des Instrumentes bewegt, so dafs die Platte in beliebiger Höhe fixiert werden kann; letztere hat den Zweck, die Spitze der Schneide beliebig tief in die Haut einsinken zu lassen.

Eine dritte Abänderung besteht im Ersatze des einfachen Skarificateurs durch einen multiplen, in Form eines einfachen oder Doppelrädchens, das 8—12 Spitzchen trägt und auf der Achse drehbar ist. Diese Rädchen werden in einen eigens dazu hergerichteten Griff eingefafst. An demselben Rädchen haben alle Spitzchen die gleiche Entfernung voneinander, sind entweder gerade oder auf der Fläche bogenförmig gekrümmt. Diese Rädchen bezwecken ein rascheres Vorwärtsschreiten der Operation, als dies mit der einfachen Schneide der Fall ist.

Selbstverständlich wird vor der Stichelung die betreffende Hautfläche sorgfältig desinficiert. Die Blutung ist ziemlich beträchtlich, weshalb man bei der Stichelung von unten nach oben vorrücken soll, um sich nicht durch das herabfliefsende Blut das Operationsfeld zu verdecken.

Die Stichelungen eignen sich für diejenigen Fälle von Rosacea, wo das Erythem konstant geworden ist, mit zeitweiligen Exacerbationen. Die hypertrophischen Formen mit elephantiasisartiger Veränderung der Haut verfallen der eigentlichen Chirurgie.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über den Einfluſs der Pockenkrankheit auf Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Fötus, von Leonhard Voigt. (*Samml. klin. Vortr.* No. 112.)

Verfasser giebt die Ergebnisse seiner Betrachtung in folgenden Schlufssätzen wieder:

1. Die Variola führt sowohl um die Zeit des Invasionsfiebers, als auch alsbald

nach dem Auftreten des Pockenausschlages Kongestionen zu der Innenfläche des Uterus herbei, welche bei Ungeschwängerten in der Mehrzahl der Fälle das Erscheinen der Menses oder eine diesen ähnliche Genitalblutung herbeiführt.

2. Die gleiche Ursache leitet bei den in der Jugend geimpften Schwangeren in der Hälfte der Fälle den Abortus oder die Frühgeburt ein.

3. In den Fällen konfluierenden Blatternexanthems und besonders bei dem Eintreten der hämorrhagischen Erscheinungen ist das Leben der schwangeren Kranken auf das äufserste gefährdet.

4. Die hämorrhagischen Blattern treten bei Schwangeren sehr viel häufiger auf, als bei Nichtschwangeren.

5. Die Todesziffer der in der Jugend einmal geimpften schwangeren Pockenkranken scheint zwischen 30—35% zu schwanken, während die Todesziffer der während der Blattern Entbundenen eine entsetzlich hohe ist; sie stellte sich hier in Hamburg auf 59%.

6. Ungeimpfte Schwangere dürften noch weit gefährdeter sein, als die geimpften Schwangeren.

7. Die Früchte der von den Blattern ergriffenen Mütter sind noch weit gefährdeter, als ihre Mütter. Sie sterben fast sämtlich, indem sie entweder in utero oder bald nach der Geburt ihrer Lebensschwäche erliegen, oder indem sie schon vor oder bei der Geburt der Blatternkrankheit verfallen, die ihnen tödlich ist.

8. Bei so grofser Lebensgefahr für Mutter und Kind gilt es zur Zeit einer Epidemie, vorweg die Schwangeren durch erneute Impfung zu schützen und die neugeborenen Kinder sofortiger Impfung zu unterziehen, falls sie frei von den Pocken und hinreichend kräftig geboren werden sollten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Genito-urinary and Veneral Diseases, von C. H. Chetwood. (Lea Brothers & Co., Philadelphia. 178 S.) Dies kleine Werk ist eins aus einer Reihe von Kompendien, welche genannte Firma herausgegeben hat, um dem angehenden Mediziner in der Not des Examens eine Zuflucht und Hülfe zu gewähren. Es ist mehr als fraglich, ob diese namentlich in Amerika, wie es scheint, sehr beliebte Methode des Einpaukens mittelst solcher Katechismen mit nebeneinandergestellten Fragen und Antworten dem betreffenden Studenten von Nutzen sein wird. Derselbe wird dadurch ganz naturgemäfs dazu gedrängt, durch ein mechanisches Auswendiglernen sich selbst über seine Unwissenheit durch scheinbare Kenntnisse zu täuschen. Denn es ist ganz unmöglich, aus den zerbröckelten Bausteinen, welche auf diese Weise dem Lernenden geboten werden, ein unerläfsliches, vollständiges Gebäude zu konstruieren. Kompendien mögen manchem Studenten zum Nutzen gereichen, um in gedrängter Zeit eine schnelle Übersicht über den Umfang seines Wissens zu gewähren, ebenso vielleicht Zusammenstellungen der beim Examen vorkommenden Fragen zu demselben Zwecke; diese Katechismen aber sind unbedingt eine verwerfliche Eselsbrücke. Auch kann der Verfasser sich wohl kaum schmeicheln, dafs er durch dieses Werkchen wesentlich dazu beitragen wird, wie er in der Vorrede sagt, um dem Interesse an der Chirurgie des Urogenital-Apparates eine gröfsere Verbreitung zu verschaffen, da das Buch infolge seiner ganzen Einrichtung nur zu Examenszwecken gelesen werden wird. Es ist schade, dafs der Verfasser nicht lieber eine hübsche Monographie über den Gegenstand geschrieben hat, wozu er offenbar sehr wohl im stande gewesen wäre. Von dieser Leistung kann man nur sagen: gut in ihrer Art, aber die Art ist nicht gut.

Philippi-Remscheid.

Die Chirurgie der Urethra, der Harnblase und der Prostata, von V. Roochet. (Paris 1895. G. Steinheil.) Der Verfasser bemerkt in seiner Vorrede ausdrücklich,

dafs sein Werk nur den einen Zweck im Auge habe, dem Studierenden und dem praktischen Arzte die Operationen an Harnröhre und Harnblase in bequemer und leicht faſslicher Form vorzuführen. Das Buch dient demnach nur praktischen Zwecken und beansprucht nicht, den behandelten Gegenstand selbständig zu ergänzen, neue Theorien aufzustellen oder neue Operationsmethoden einzuführen.

Das Buch zerfällt in drei Teile, entsprechend der Harnröhre, der Blase und der Prostata. Jedem Teil ist eine knappe anatomische Darstellung voraufgeschickt; auch der Symptomatologie ist nur wenig Raum gewährt. Desto ausführlicher verweilt der Verfasser bei der operativen Technik, die er bis in die kleinsten Einzelheiten zu verfolgen nicht müde wird. Der Praktiker kann ihm dafür nur dankbar sein. Er hat damit ein Werk geschaffen, in welchem man sich bei allen nur vorkommenden operativen Eingriffen im Gebiet der Harnröhre und der Blase in bequemer Weise unterrichten kann, in welchem man ohne alle gelehrten Beigaben über Instrumentarium und Technik rasch belehrt wird.

Sehr zu loben sind auch die zahlreichen Abbildungen, die etwaige Unklarheiten des Vortrages in dankenswerter Weise beseitigen.

Die Ausstattung ist eine geschmackvolle; der Druck hätte etwas schärfer sein dürfen. *Türkheim-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Entstehung der Geschwülste, von Ribbert. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 1—4.) Der Verfasser kommt, anknüpfend an die Cohnheimsche Theorie, zu folgender Ansicht über die Genese der Tumoren:

Die Geschwülste entstehen vor und nach der Geburt auf Grund einer teilweisen oder völligen Abtrennung von Zellen oder Zellgruppen aus dem organischen Zusammenhang. Die abgespaltenen Kerne, dem Einfluſs eines in sich geschlossenen Zellverbandes entzogen, wachsen, sofern sie nur vermehrungsfähig sind und ohne erhebliche Unterbrechung ihrer Ernährung in eine für ihre Fortexistenz günstige Umgebung gelangen, selbständig und werden zu Tumoren, die je nach der Gröſse und Organisation des abgegrenzten Keimes bald in der Hauptsache mit dem Organe, von welchem sie herrühren, übereinstimmen, bald mehr, bald völlig von ihm abweichen.

Es giebt also keinen prinzipiellen Unterschied in der Genese der intrauterinen Prozesse und der nach der Geburt sich entwickelnden Tumoren.

Das Carcinom bildet sich aus Epithelzellen, welche durch eine in die Epidermis, in das Schleimhautepithel, in die Drüsen vordringende Bindegewebswucherung abgetrennt und in das Bindegewebe verlagert wurden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorlesung über einige ungewöhnliche Tumoren, von J. Bland Sutton-London. (*Brit. med. Journ.* 2. März 1895.) Vortragender beschreibt unter anderm einen Fall von **Chondrom eines Lendenwirbels,** das dem vierzigjährigen Patienten an der Vorderfläche des entsprechenden Oberschenkels in dem Verbreitungsbezirke der Hautäste des Nervus cruralis intensive Schmerzen bereitete. S. hat den Tumor operativ mit gutem nachhaltigen Erfolge beseitigt. Der Patient wurde nach 21 Tagen, von seinen Schmerzen befreit, aus dem Hospital entlassen. Die Geschwulst

erwies sich unter dem Mikroskop als aus reinem, wohlgeformtem hyalinen Knorpel zusammengesetzt. Die Basis des Tumors war bereits dem Verkalkungsprozefs anheimgefallen. — Ein anderer **Fall mit vergröfserter accessorischer Schilddrüse** betraf einen 36jährigen Mann, der plötzlich tot auf der Strafse hinstürzte. Die Autopsie ergab einen taubeneigrofsen Tumor, der in eine dicke fibröse Kapsel eingebettet war. Das innere Segment der letzteren war fest an die Trachea geheftet und hatte diese derart komprimiert, dafs der Patient wahrscheinlich plötzlich erstickt ist. Unter dem Mikroskop zeigte der Tumor die charakteristische Struktur der Schilddrüse. Die Kapsel bestand aus einem dichten fibrösen Maschenwerk. Hätte man die Geschwulst bei Lebzeiten des Patienten erkannt, so wäre es ein leichtes gewesen, dieselbe aus ihrer Kapsel zu enukleieren. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall zur Illustration der Infektion bei Hautkrankheiten, von Alfred Eddowes-London. (*Brit. med. Journ.* 2. März 1895.) Ein 25jähriger Student der orientalischen Sprachen konsultierte den Verfasser wegen einer akuten impetiginösen Affektion an einzelnen Fingern beider Hände. An der rechten Hand war die Dorsalfläche des zweiten Fingers, an der linken die des Zeige- und vierten Fingers ergriffen. Der Daumen der linken Hand zeigte die Affektion an der Dorsal-, wie Palmarfläche, und zwar besonders an der Radialseite. Verfasser war in der Lage, die auffallende Verteilung der Affektion, resp. die Bevorzugung einzelner Finger auf die eigentümliche Haltung der Hände zurückzuführen, welche der Patient bei der Anfertigung schriftlicher Arbeiten im Britischen Museum einnahm. Diejenigen Flächen der Finger, welche beim Schreiben mit dem Papier in Kontakt kamen, waren befallen. Nicht selten entsteht hierbei eine Symmetrie, die den Beobachter verleitet, an eine Dermatoneurose zu denken. So hat Verfasser die Beobachtung gemacht, dafs die Übertragung eines Ekzems von einem Unterschenkel auf den anderen durch die Strümpfe geschehen kann. Der Strumpf, der heute auf dem erkrankten, wird, wenn der Patient nicht gewarnt wird, morgen vielleicht auf dem gesunden Bein getragen und so die Krankheit auf dieses gleichsam eingeimpft.

Verfasser wird weiteres über diese Art der Infektion auf dem nächsten internationalen Dermatologen-Kongrefs in London mitteilen. *C. Berliner-Aachen.*

Über Mastzellen im tierischen und menschlichen Hoden, von F. Münchheimer. (*Forschritt.* 1895. No. 3.) Im Gegensatz zu Ehrlich fand Jadassohn im interstitiellen Gewebe des Hodens erwachsener Menschen und der Ratte granulierte Zellen, „Mastzellen". Verfasser fand dieselben auch im Hodenparenchym vom Pferde, Ratte, Stier, Schwein, vermifste sie beim Reh, Hammel, Hunde, Kaninchen, Meerschweinchen, Kalb, Ferkel. Beim Menschen finden sie sich zuerst beim Kinde von 5 Monaten in geringer Zahl, sehr reichlich aber jenseits des zweiten Lebensjahres. In analoger Weise vermifste Browicz die Mastzellen im menschlichen Herzmuskel während der ersten Lebensmonate. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beiträge zur Klinik und mikroskopischen Anatomie der Neubildungen des äufseren und mittleren Ohres, von R. Haug. (*Arch. f. Ohrenhlkde.* XXXVI. Bd.) Von dem über Neubildungen des äufseren Ohres in der Arbeit Mitgeteilten sei hier einiges kurz referiert:

1. Molluscum contagiosum auriculare. 35j. Mann, Mollusca an der Stirn, an der Dorsalfläche des Penis und der linken Ohrmuschel. Die Resultate der histologischen Untersuchung werden sehr eingehend geschildert, und eine genaue Arbeit über die Entstehungsweise der Molluscumkörper wird zugesagt. Verfasser glaubt, dafs es sich um eine durch einen spezifischen Organismus veranlafste Erkrankung des Rete

handelt, wenn auch nicht strikte in der von Bollinger, Neisser und Angelucci angenommenen Weise.

2. Traumatisches Neurom an der Übergangsstelle des äufseren Ohres in die Pars mastoidea bei einem 19jährigen Mädchen.

3. Cirkumskripte Knochentuberkulose des Lobulus bei einer 30jährigen Patientin, eine haselnufsgrofse, derbe Geschwulst bildend, die als Fibrom excidiert wurde, histologisch aber sich als tuberkulöser Bau aufwies.

4. Cirkumskripte Knotentuberkulose mit Übergang zur Carcinombildung bei einer 42jährigen, sehr dekrepiden Frau. Die Geschwulst hatte sich vor fünf Jahren zuerst gezeigt, wuchs langsam. Seit einem halben Jahre ist das Wachstum ein schnelleres geworden, und es entstanden Geschwüre. Der Tumor erwies sich mikroskopisch als Kombinationsgeschwulst; das primäre war jedenfalls eine exquisite Tuberkulose, auf deren Basis sich ein Carcinom entwickelt hatte. Der Tumor wies Tuberkelbacillen in spärlicher Anzahl auf, die exstirpierte nächste tuberkulöse Drüse solche in Massen, die zweite Drüse, welche nur entzündlich infiltriert war, gar keine.

Es stellen diese Fälle von Knochentuberkulose eine bisher, wie Verfasser meint, nicht beschriebene Form der Hauttuberkulose dar. (Am After ist eine derartige fibromatöse Tuberkulose der Haut von Pick beobachtet. D. Ref.)

Die weitere Arbeit enthält Fälle von fibromatöser Entartung der beiden Lobuli, Fibroma lobuli, Myxofibrom mit Pigmentbildung meati auditorii externi, Papilloma dendriticum meatus auditorii externi, Adenoma acinosum der Talgdrüsen des Meatus, Adenocarcinom der Ohrenschweifsdrüsen mit myxomatöser Degeneration des Stromas, plexiformes Angiosarkom an der Incisura intertragica, Fibrosarkom der Rückenflächen der Ohrmuscheln, Gumma des Warzenfortsatzes, Myxosarcoma carcinomatodes der Regio tragica. Abbildungen mikroskopischer Befunde illustrieren die inhaltreiche Arbeit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Absorption durch die Haut. (*Lyon méd.* 1895. No. 24.) Destot hat konstatiert, dafs Lithionsalze, welche er mittelst konstanten Stromes (im Bade) in der Epidermis ablagerte, nicht erst nach 24—30 Stunden, sondern bereits nach zweien im Urin nachzuweisen waren, wenn er der Lithionimprägnierung eine Einreibung mit einer Salicylsäuresalbe (nach der Zusammensetzung von Bourget) folgen liefs. Auch verschwanden Lithionerytheme, welche infolge von Stagnation des Salzes in der Haut (Follikulitiden) entstanden waren, sehr rasch nach einer Salicylsäureapplikation.

Die Absorption findet an talgdrüsenreichen Körpergegenden und bei blonden Individuen rascher statt. Ferner hat D. eine bedeutende Differenz des physiologischen Verhaltens der Haut an der Anode und Kathode konstatiert, indem an ersterer die Poren weit klaffen (in dem Mafse, dafs sie selbst einen Stecknadelknopf aufzunehmen vermögen) und die Haut deprimiert und wie eingezogen aussieht, während sie an der Kathode ein aufgedunsenes, ödematöses Verhalten zeigt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

In der nationalen medizinischen Gesellschaft Lyons berichtete Aubert über die Resultate seiner Untersuchungen **über den Einfluſs der Elektricität auf die Absorption durch die Haut.** (*Lyon. méd.* No. 24. 1895.) Es gelang ihm, bei Anwendung des konstanten Stromes die Wirkung des Pilokarpins aufzuheben, wenn er unter den negativen Pol eine verdünnte Lösung von Essigsäure oder eine 2%ige Chromsäure brachte. Unter dem positiven Pole hingegen drangen diese Flüssigkeiten nicht in die Haut ein und die Schweifssekretion konnte nicht gehemmt werden; ebenso blieb die Wirkung aus bei Anwendung von Lösungen essigsaurer Salze in verschiedenen Konzentrationen.

Soulier glaubt nicht, dafs es sich nicht um eine wirkliche Aufnahme der genannten Substanzen in den Organismus handle, sondern blofs bis in die tieferen Schichten der Epidermis, wo sich die Nervenendigungen befinden, welche der Schweifssekretion vorstehen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Absorption der Salicylsäure durch die Haut, von Linossier und Lannois. (*Lyon méd.* No. 25. 1895.) Auf Grund von Experimenten am Menschen gelangten die Verfasser zur Überzeugung, dafs die Salicylsäure die Fähigkeit, die Haut leicht zu durchdringen, ihrer Flüchtigkeit bei mittlerer Temperatur (35° C.) verdankt. Zur Absorption derselben durch die Haut ist es notwendig, eine Substanz, in alkoholischer Lösung oder in Salbenform, direkt mit der Haut in Kontakt zu bringen, was eine Mitwirkung der Atmungsorgane ausschliefst.

Von der Flüchtigkeit der Salicylsäure kann man sich dadurch überzeugen, dafs man eine Schale mit einem Quantum derselben (als wässerige oder alkoholische Lösung oder mit Fetten vermischt) und gleichzeitig eine andere Schale mit einer alkalischen Lösung unter eine Glasglocke bei 35° C. bringt. Nach einigen Stunden kann die Säure (mittelst Eisenchlorids) in der alkoholischen Flüssigkeit nachgewiesen werden. In der Kälte jedoch verflüchtigt sich die Salicylsäure nicht.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Quecksilberabsorption durch die Haut und die Respirationsorgane, von Lépine. (*Sem. méd.* No. 11. 1895.) Gestützt auf eine Reihe von Experimenten, hatte Merget die Behauptung aufgestellt, dafs bei Quecksilberinunktionen das Hg ausschliefslich in Dampfform durch die Atmungsorgane und keineswegs durch Hautabsorption in den Organismus eindringe. Während nun aber durch zahlreiche Experimentatoren festgestellt worden, dafs dieser letztere Resorptionsmodus wirklich stattfindet, hat andererseits Merget die Experimente im Sinne seiner Auffassung fortgesetzt, und zwar mit positivem Resultate. Um seine Versuchsobjekte, resp. Patienten den Quecksilberdämpfen auszusetzen, läfst er sie Flanellhemden tragen, welche mit Quecksilber imprägniert sind. Diese Imprägnation wird in der Weise vorgenommen, dafs die betreffenden Hemden zuerst in eine Lösung von saurem Quecksilbernitrat und von diesem in ammoniakhaltiges Wasser getaucht werden, worin das Hg reduciert wird und fest im Gewebe haftet. Statt der Hemden können auch in analoger Weise präparierte Lappen verwendet werden, welche am Hemd befestigt oder unter den Kissenüberzug gelegt werden. Merget hat auf diese Weise beobachtet, dafs in einer Nacht (acht Stunden) bei 20° C. Zimmertemperatur 11 mg Hg resorbiert werden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Allgemeinwirkungen örtlich reizender Stoffe, von Rudolf Winternitz. (*Arch. f. exper. Path. u. Pharmak.* Bd. 35. No. I.) Der Verfasser hat sich mit der experimentellen Prüfung der Frage beschäftigt, inwieweit die Wirksamkeit von Bakterien und gewissen chemischen Stoffen auf die Entstehung von Fieber, Entzündung und Leukocytose gleichzustellen ist, und berichtet in vorliegender Arbeit zunächst über die nach subkutaner Injektion gewisser Stoffe eintretenden Erscheinungen. Natürlich mufste dafür gesorgt werden, dafs dieselben vollkommen steril und unter strengster Wahrung der Antisepsis angewendet worden. Er hat geprüft Neutralsalze, Alkalien, Säuren, einzelne Salze von Schwermetallen, Senföl (Thiosinamin), Kardol, Krotonöl, gereinigtes Terpentinöl etc. Da mir der zugemessene Raum nicht gestattet, den Inhalt der aufserordentlich fleifsigen Arbeit genauer wiederzugeben, kann ich nur einem jeden die Lektüre derselben anraten. Es ergiebt sich aus ihr einerseits eine gewisse Parallele zwischen Lokalwirkung und Allgemeinwirkung, andererseits, dafs die Wirkungsweise der Bakteriengifte nichts Spezifisches hat. Quantitativ ist sie

vielleicht jener der bekannten Reizgifte überlegen, qualitativ ist sie von ihr nicht verschieden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ollier beschreibt (*Lyon méd.* No. 13. 1895) sein Verfahren bei der **Wiederherstellung der Haut durch autoplastische Transplantation**. Er schneidet mit einem sehr scharfen Messer aus Oberarm oder Oberschenkel 10—12 cm lange Hautstücke heraus, welche in ihrer zentralen Partie alle Schichten mit Ausschluſs des Unterhautzell- und Fettgewebes enthalten, um gegen den Rand zu immer dünner zu werden. Mit diesen Stücken wird sofort der Substanzdefekt, welcher entsprechend vorbereitet worden (Abkratzen dicker Granulationen), bedeckt, und da sich erstere stark retrahieren (manchmal bis auf die Hälfte ihrer Ausdehnung), so müssen sie nur nacheinander appliciert werden. Antiseptischer Verband, welcher acht Tage liegen bleibt, während welcher Zeit die Stücke anwachsen. Auf diese Weise behandelte er einen 22 cm langen und 12 cm breiten Hautdefekt, welcher infolge einer Exstirpation eines Epithelioms entstanden war, der sich auf einer Brandnarbe entwickelt hatte.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Hauttransplantation nach Thiersch, von Jungengel. (*Münch. med. Wochenschr.* No. 11. 1895.) Zur Deckung mit Hautstreifen eignen sich besonders frische Hautdefekte traumatischen oder operativen Ursprungs, wenn sie lebensfähigen, nicht gequetschten Grund besitzen, wenig mehr bluten und aseptisch sind. Auf allen Geweben können Hautstreifen anheilen, am ehesten auf gut genährten. Am besten deckt man mittelst der Streifen den Verlust in einer Sitzung. Die Gröſse der Wunde spielt für die Transplantation keine Rolle. Granulierende Defekte dürfen ebenfalls gedeckt werden, doch darf als Zeichen der Infektion punktförmiger Zerfall und reichliche Sekretion nicht mehr bestehen. Die lockere obere Schicht der Granulationen kann eventuell mit dem scharfen Löffel entfernt werden. Aseptische Wundbehandlung empfiehlt sich, Narkose ist selten nötig. Die Streifen nimmt man, wenn möglich, vom Oberschenkel oder Oberarm. Sie müssen dünn sein; man soll beim Schneiden das Messer durch die Haut hindurch sehen. Die Streifen lassen sich bis 30 cm lang, 4 cm breit gewinnen. Es ist zweckmäſsig, mit dem Verbande auch die Schienung zu verbinden. Nachteile entstehen durch die Hauttransplantation gar nicht, vielmehr sind die Dauerresultate jetzt schon als vorzüglich zu verzeichnen. Auf schlecht ernährtem Gewebe kommen manchmal neue Ulcerationen vor, die aber durch passende Nachbehandlung ebenfalls günstigen Ausgang nehmen. *Neuhaus-München.*

Koutznetsoff berichtet über fünf Fälle, bei denen er **Hautlappentransplantationen** nach der Methode von Krause (ausschlieſsliche Verwendung von Haut ohne Unterhautzellgewebe) mit bestem Erfolge anwandte. In dem einen derselben handelte es sich um einen Substanzdefekt am Beine von 58 cm Länge und 15 cm Breite. Hauptbedingungen für einen günstigen Erfolg sind: peinlichste Anti-, resp. Asepsis, Vermeiden eines Einführens fremdartiger Stoffe in die Wunde, sorgfältigste Hämostase, genaues Anlegen der transplantierten Lappen auf die entblöſsten Stellen. (*Lyon méd.* No. 8. 1895.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Klinische und anatomisch-histologische Veränderungen der transplantierten Haut und Schleimhaut, von M. Schiavoni. (*Policlin.* No. 3. 1895.) Die Tierexperimente des Verfassers lieferten folgende Resultate:

1. Auf die Mundschleimhaut transplantierte Stücke von Gesichtshaut des Mundes, sowie auf die Haut transplantierte Mundschleimhautstücke behielten stets und unverändert ihre anatomisch-histologischen Eigenschaften bei.

2. Von diesen Tierexperimenten schlieſst Verfasser per analogiam auf den Menschen.

3. Es ist ratsamer, bei Transplantation statt blofser Epidermis sich plastischer Hautstücke zu bedienen, indem letztere sowohl in physiologischer als in anatomischer Beziehung unverändert bleiben und sich demnach für ihren Zweck besser eignen als erstere, die sich unter dem Einflusse des Narbengewebes beträchtlich zusammenziehen, was in kosmetischer Beziehung von Bedeutung sein möchte.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

An der Hand eines Falles betont F. Ruocco die sehr günstigen Resultate von **Transplantationen von Schwämmen auf atonische, geringe Tendenz zur Verheilung zeigende Geschwüre** (Ulcera cruris etc.). Zur Verwendung kommen 1—3 mm im Durchmesser zählende und 2 mm dicke aseptisierte Partikelchen der Euspongia officinalis, welche auf die zuvor mit Sublimatlösung gereinigte Wundfläche appliciert werden. Auf die Schwammpartikelchen, welche circa 2 cm voneinander liegen, kommt ein gröfseres Stück Protectivsilk und event. auf dieselbe Gaze, Watte etc. Verbandwechsel alle zwei Tage. Nach dieser Methode heilte ein 10 cm langes und 8 cm breites Geschwür, das nach einer komplicierten Tibiafraktur zurückgeblieben war und allen anderen Medikationen getrotzt hatte, in vier Wochen vollständig zu.

Die transplantierten Schwämme wirken in der Weise, dafs sie einen mäfsigen Entzündungsprozefs anregen, zur Neubildung von Gefäfsen und Granulationen führen und andererseits absorbierende Filter für den sich ansammelnden Eiter bilden. (*Bif. med.* No. 63. 1895.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Morphologie des Eiters verschiedenen Ursprungs, von W. Janowski. (*Arch. f. experim. Path. u. Pharm.* Bd. 36. Heft 1 u. 2.) Verfasser untersuchte Eiter, der durch die verschiedensten chemischen oder bakteriellen Agentien hervorgerufen war. Stets fanden sich zuerst mononukleäre Zellen, die bald in polynukleäre übergehen, um so rascher, je stärker der betreffende Eitererreger auf die Leukocyten wirkt. Zugleich nimmt das Protoplasma in den Zellen zu, ebenso im Produkt des letzteren, das sich meist als neutrophile, selten als eosinophile Granulationen erweist. Allmählich schwinden die Granulationen, Kerne und Protoplasma zerfallen: es treten im alten Eiter Chromatinkügelchen auf. Diese Veränderungen kommen im Eiter parasitären Ursprungs binnen einiger Wochen zu stande, im chemischen Eiter weit rascher, denn der chemische Eiter enthält noch chemische Verbindungen, die die Gewebselemente direkt zerstören. Am stärksten wirkt in dieser Beziehung Quecksilber, Kreolin und Höllenstein. *F. Hahn-Bremen.*

Die Protozoen als Krankheitserreger, von L. Pfeiffer. Nachträge. Gustav Fischer, Jena. 1895. Aus diesen Nachträgen des eifrigen Protozoenforschers seien zwei kurz referiert:

IV. **Zur Ätiologie des Carcinoms und das Vorkommen desselben als Endemie.** Im Interesse der Theorie von der parasitären Entstehung des Carcinoms liegt es, endemische Häufungen desselben festzustellen. Eine solche Endemie berichtet Pfeiffer aus dem 600 Einwohner zählenden Dorfe Grofsobringen bei Weimar, wo auf 234 Todesfälle 16 an Carcinom kommen, und der Arzt stets 2—4 floride Fälle in Behandlung hat. Während durchschnittlich in Europa von einer Million Einwohnern 250 an Carcinom sterben, sterben in Grossobringen 2000 und mehr, ein ungeheuer hoher Prozentsatz. Auffallend ist dabei, dafs auf die 234 Todesfälle nur 2 auf Tuberkulose kommen, während sonst umgekehrt im Mittel 1 Carcinoma-Todesfall auf 3—4 Tuberkulose-Todesfälle gerechnet werden.

V. **Zur Kenntnis der Variolaparasiten.** In einer Reihe von Abschnitten bespricht Verfasser die Histologie und Parasitologie der Variola und die verschiedenen durch die Variolaparasiten hervorgerufenen Krankheitszustände. Der Urheber der

Variola, wie der Vaccine ist nach dem Verfasser unter den Protozoen zu suchen, von weiteren Forschungen hofft er, dafs diese Ansicht ganz des hypothetischen Charakters entkleidet werden wird. Näher kann hier auf die umfangreiche Arbeit nicht eingegangen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Hautleiden in Zusammenhang mit Gicht, von J. Hutchinson. (*Arch. of surg.* 1895. S. 144.) Die Frage, ob das gewöhnliche Ekzem als eine Äufserung der gichtischen Diathese aufzufassen sei, wird von H. in verneinendem Sinne beantwortet. Das Ekzem läfst sich fast niemals durch antigichtische Mittel beeinflussen und verlangt eine örtliche Behandlung. Das nämliche gilt für die meisten anderen Hautleiden. Nur für zwei Gruppen von Hauterscheinungen ist H. geneigt, einen Zusammenhang mit der Gicht anzuerkennen, wiewohl der Zusammenhang auch hier noch nicht sicher erwiesen ist. Die eine kommt im frühen Kindesalter vor und besteht aus dunkeln oder bläulichen Verhärtungen in der Haut der Extremitäten, die meist sehr hartnäckig sind, aber von selber auch wieder verschwinden können. In die andere Gruppe gehören nur Erwachsene; hier bestehen die Veränderungen in Verdickung und bläulicher Verfärbung der Haut. H. hat mehrere derartige Fälle gesehen und berichtet über einen derselben ausführlich, über andere mehr skizzenhaft; auch ein Fall von Sarcoma melanodes, der in seinem Verlauf an jene gichtischen Hautformen denken liefs, wird in Einzelheiten mitgeteilt. H. ist der Ansicht, dafs zum Zustandekommen jener eigentümlichen Hautflecke neben der Gicht meist noch andere Ursachen wirksam sind. *Türkheim-Hamburg.*

Zur hygienischen Hautpflege, von Bilfinger. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 10.) Verfasser empfiehlt das im Altertum üblich gewesene Verfahren der Fetteinreibungen nach dem Wasserbade und hat zu dem Zwecke aus Lanolin ein flüssiges hygienisches Badefett herstellen lassen. Es ist das Verfahren aus hygienischen und kosmetischen Gründen zu empfehlen. Die Geschmeidigkeit der Haut nimmt zu, ihre Funktion wird eine regelmäfsigere. Vaselin und Glycerin sind nicht zu empfehlen. Wo, wie bei Anämie, Dysämie, Tuberkulose, Skrophulose, Kaxechie, die Haut trocken und spröde ist, sind diese Einreibungen besonders erfrischend und erquickend. Es wird nur wenig Fett eingerieben, der Überschufs mit trockenem Lappen wieder entfernt. In manchen Fällen, so bei drohendem Decubitus, ist eine Verbindung mit spirituösen Substanzen zweckmäfsig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Goldverbindungen und deren Verwendung bei einigen Hautkrankheiten und bei Syphilis, von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*New York med. Journ.* 2. Febr. 1895.) Von den Goldsalzen kommen in therapeutischer Beziehung hauptsächlich die Verbindungen mit Quecksilber, Arsen und Brom in Betracht. Das erstgenannte, Mercauro, hat sich dem Verfasser bei chronischem Ekzem und bei den Spätsymptomen der Syphilis aufserordentlich bewährt, während das Arsenauro bei Akne und subakutem Ekzem vorzügliche Dienste leistete. Am allerwirksamsten erwies sich aber das Bromsalz. Das Gold hat im allgemeinen eine tonisierende und alterative Wirkung, und mit Hg zusammen wirkt es als ein kräftiges Aphrodisiacum. Als nachteilige Wirkungen zu grofser Gaben werden Speichelflufs und Schwindel beobachtet. Verfasser berichtet kurz über folgende Affektionen: Acne pustulosa und Acne papulosa, Pruritus, gelinde Ichthyosis, Rosacea, Urticaria, sämtlich durch Gaben von 10—15 Tropfen Arsenauro 3—4 Mal täglich geheilt. Ferner wurden ein mehrjähriges Ekzem und alte Syphilis, je zwei Fälle durch Mercauro (in Gaben von 10—30 Tropfen dreimal täglich) aufs vorteilhafteste beeinflufst. Die Konzentration der Lösung ist nicht angegeben. *Philippi-Remscheid.*

Die Sulfuraria der Thermen von S. Filippo in der Behandlung der Hautkrankheiten, von P. Colombini. (*Comm. clinic. delle mal. cut. e genito-urin.* 1894. Ser. II. No. 4.) Die Nachrichten über die Heilkraft der Schwefelthermen von S. Filippo reichen bis in das Jahr 742 n. Chr. Durch dieselben wird ein hauptsächlich aus Schwefel und Kaliumsalzen bestehendes, gelbes Pulver angeschwemmt, dessen genauere Analyse folgendes ergiebt: Schwefel 32,96, organische Substanz 13,44, Schwefelcalcium 36,55, Calcium carbonicum 15,88, Silicium, Fluorcalcium, Strontiumsulfat 1,07. Dieses Pulver (Sulfuraria) wurde von C. bei den verschiedensten Hautkrankheiten nach den von Unna über die Schwefeltherapie im Jahre 1883 (*Monatsh.* No. 7 u. 8) aufgestellten Regeln mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet, und zwar in Pulverform oder mit Wasser zu einem Brei angerührt oder als Salben bis zu 50%. Besonders günstige Wirkung zeigten die alkalischen Schwefelbäder bei Seborrhoe, Akne, Urticaria chronica, Psoriasis, Ichthyosis, Furunculosis, Pityriasis versicolor etc. Überraschend waren die Erfolge der Salbenbehandlung bei Fällen von Acne rosacea, bei chronischen Ekzemen mit Atonie der Gewebe und tiefer Infiltration, beim Eczema folliculorum.

H. Einhorn-München.

Einige Erfahrungen mit der Thyreoidtherapie, von L. Stieglitz. (*New York med. Journ.* 4. Mai 1895.) In Anbetracht der günstigen Wirkung des Schilddrüsenextrakts auf die Haare und sonstigen Epithelialgebilde beim Myxödem hat S. das Mittel bei zwei Schwestern, die eine eigentümliche Affektion der Finger- und Zehennägel darboten, angewandt. Die eine der beiden Patientinnen hatte bereits seit einem Jahre viele verschiedene Mittel vergeblich gebraucht. Die Nägel waren braun verfärbt, rauh, gespalten und mifsgestaltet. Es wurden Tabletten mit 0,3 Extrakt anfangs einmal, später dreimal täglich längere Zeit ohne allen Nachteil gegeben, und es entwickelten sich schliefslich wieder ganz normale Nägel. Bei der anderen Schwester war die Anomalie in geringerem Grade vorhanden. Auch sie nahm mit gutem Erfolge 0,3 pro die, doch mufste wegen Übelkeit zeitweilig mit dem Mittel ausgesetzt werden. Ferner erhielt ein 33jähriges Fräulein wegen cirkumskripter Sklerodermie am Unterschenkel Gaben von 0,3 dreimal täglich ein ganzes Jahr hindurch mit gelegentlichen Unterbrechungen von je 8—10 Tagen. Die Haut war schliefslich völlig biegsam und, abgesehen von einer geringen Pigmentierung, normal.

Bei einer 23jährigen ledigen Kleidermacherin mit Hemiatrophia facialis und klonischen Zuckungen des Gesichts wurde nach der Darreichung von 0,3 zweimal täglich keine weitere Wirkung beobachtet, doch trat dabei eine zeitweilige Verminderung der Zuckungen ein.

Philippi-Remscheid.

Über die Thyreoidbehandlung, deren Geschichte und Wert in der internen Medizin, von S. J. Meltzer. (*New York med. Journ.* 25. Mai 1895.) Es ist sehr zu bedauern, dafs die Thyreoidbehandlung vielfach auf die gleiche Stufe gestellt wird mit den mannigfachen Auswüchsen der sog. Organtherapie, denn, anders als diese, hat sie ihre vollständige theoretische und praktische wissenschaftliche Berechtigung. Nach einer eingehenden Darlegung der Geschichte des Medikaments, welche, als mehr oder weniger genau bekannt, hier übergangen werden kann, giebt M. einige nützliche Winke über die Art und Weise der Anwendung desselben. Namentlich ist die Konzentration der von den einzelnen Firmen hergestellten Tabletten und Pulver eine sehr verschiedene, und es sind mehrfach sehr widersprechende Beobachtungen über die Wirkung der jeweiligen Präparate berichtet. Verfasser zieht die Pulverform als besser löslich und zuverlässiger vor. Als Anfangsdosis soll man nicht mehr als 0,06 (d. h. $^1/_{15}$ Drüse) dreimal täglich verabreichen und nur allmählich und vorsichtig steigern. Gelegentlich scheint eine Gewöhnung an das Mittel einzutreten, so dafs nach längerem reichlichen Gebrauch die Wirkung aufhört; öfters sieht man aber dann

nach zeitweiligem Aussetzen der Behandlung einen günstigen Erfolg von viel kleineren Dosen.

Einige interessante Krankengeschichten, namentlich einen Fall von Kretinismus, sowie auch solche von Adipositas, sind ausführlich mitgeteilt. Besonders scheint beginnende Herzverfettung dieser Behandlung sehr zugängig zu sein.

Philippi-Remscheid.

Die Elektricität als Cosmeticum, von J. V. Shoemaker. (*Med. News.* 13. Oct. 1894.) Bei einer ganzen Reihe von Hautaffektionen, welche kaum als Krankheiten zu bezeichnen sind, die aber von den davon betroffenen Personen als höchst lästig empfunden werden, hat sich der galvanische und faradische Strom als ein unschätzbares Hülfsmittel erwiesen. Hierher gehören: die trübe, schmutzige Färbung der Haut bei Verdauungsstörungen, und namentlich bei Leberleiden, die Seborrhoea oleosa des Gesichts mit Komedonenbildung, wie man sie oft bei Anämie sieht, die Rötung der Nase, ein Zeichen von schlaffer Herzthätigkeit, Akne, die trockene rauhe Haut der Skrophulösen, Rosacea, Callusbildungen, Narben und Warzen, ferner abnorme Pigmentbildungen, Epheliden, Chloasma und Sonnenbrand, „Leberflecke" mit und ohne Haare, Naevus angiomatosus, Hyperidrosis, namentlich halbseitiges Schwitzen, Haarausfall und vorzeitiges Grauwerden der Haare. Letztgenannte Störungen werden auch von dem faradischen Strom günstig beeinflufst, ebenso die bei jungen Mädchen öfters zu beobachtende, schubweise auftretende Entwickelung von rothen Papeln im Gesicht, die durch nervöse Reize, Ovarialkongestionen oder auch kleine Diätfehler bedingt sind. — Die ziemlich eingehend besprochene Technik wiederzugeben, würde hier zu weit führen. *Philippi-Remscheid.*

Über aseptische Behandlung von Eiterungen, von H. Zeidler. (*Centralbl. f. Chir.* 1895. No. 14.) Verfasser tritt warm dafür ein, auch bei eiternden Wunden die Antisepsis durch Asepsis zu ersetzen. Man sorgt für breite Eröffnung und Sekretabfluſs und tamponiert sorgsam mit steriler Gaze, darüber Gaze, Holzwolle etc. Will man den Verband feucht anlegen, dann taucht man die Gaze in Kochsalzlösung. Impermeable Stoffe müssen vermieden werden. Alle Antiseptica, einschliefslich Jodoform, sind entbehrlich. Vielleicht hat die essigsaure Thonerde eine Bedeutung wegen ihrer adstringierenden Eigenschaften, besonders bei profus eiternden Wunden mit üppigen, gefäfsreichen Granulationen. — (Die Empfehlung der Asepsis an Stelle der Antisepsis, für Kliniken sehr berechtigt, birgt für die Thätigkeit des praktischen Arztes eine grofse Gefahr. Er kann sich niemals so auf die Sterilität seiner Instrumente, Verbandstoffe etc. absolut verlassen und thut besser, bis auf weiteres die Krücke der Antisepsis noch nicht wegzuwerfen. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Von der Kuhpockenimpfung bis zur Serumtherapie, von S. Samuel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 18 u. 19.) Die Beobachtungen, welche man im Altertum bei den Volkskrankheiten machte, waren folgende: Man fand, dafs stets einzelne verschont blieben, und zwar vornehmlich solche, die sich am meisten der Ansteckung aussetzten (Ärzte, Krankenpfleger etc.), ferner, dafs die Heilmittel keinen Erfolg hatten, ein bestimmter Prozentsatz aber von selbst heilte, endlich, dafs die einmal überstandene Krankheit einigen Schutz gegen rneute Ansteckung gewährte. — Diese Punkte bilden auch noch heute den Hauptbestandteil unseres Wissens. Die angeborene Immunität hat sich andauernd als mafsgebend erwiesen, die Heilmittel, soweit sie spezificiert sind, sind gering an Zahl; an den dritten Punkt, die erworbene Immunität, hat sich die Praxis schon früh gewandt, die Pockenimpfung ist nicht der erste Versuch in dieser Richtung. In Hinterasien und China, der Heimat der Pocken, wurden die Pockenschorfe gekauft und verkauft, um sie den Kindern in die Nase zu stecken, oder es

wurden Pockenhemden angezogen. Diese Thatsache, nach Vorderasien gebracht, gab den Anstofs zur Variolisation, wie sie zuerst von der Frau des englischen Gesandten an den eignen Kindern geübt wurde und in England dann begeisterten Anklang fand. Jedoch mufste dieses Verfahren wieder beiseite gelegt werden, da sie keinen mitigierten Krankheitsverlauf garantieren konnte. Diese Vorgänge erklären es, dafs Jenners Idee in England so schnell Boden fand. Redner geht näher auf die Entdeckung Jenners ein, dem eine Generalisierung seiner Idee vollkommen fern lag, schildert die Arbeiten Pasteurs und Kochs in grofsen Zügen, behandelt die Lehre von der Präimmunisierung und der Postimmunisierung, um schliefslich die Grundzüge der Serumtherapie zu besprechen, deren theoretische Grundlage er als gesichert acceptiert. Wir haben nach dem Verfasser in der ganzen Pathologie und Therapie keine Entdeckung, welche derjenigen von der Bildung eines Antitoxins und der Möglichkeit, dasselbe von einem Tiere auf das andere zu übertragen, gleichkäme. Wie die Praxis sich dazu stelle, sei eine besondere Sache; dieselbe habe ihre besonderen Rechte. Die wissenschaftliche Thatsache bleibt deshalb nicht minder interessant. Auch Hanemann bestreitet sie nicht, denn für die Löfflersche Krankheit gebe er die Möglichkeit einer Immunisierung zu. Eine dunkle Frage sei diejenige der Überempfindlichkeit der an einer Infektionskrankheit leidenden Tiere und Menschen gegen das betreffende Toxin, so die Reaktion Tuberkulöser auf Tuberkulin. Redner hebt die Arbeiten Ehrlichs über Toxinvergiftung hervor, tadelt die unmotivierten Angriffe Behrings auf die pathologische Anatomie. Wenn Behring klage über das Mifstrauen, so sei die Ursache für dasselbe nicht weit zu suchen; die Tuberkulinzeit mache es verständlich. Jede Arbeit zur erfolgreichen Bekämpfung von Volkskrankheiten werde ihre Anerkennung stets finden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Rechenschaftsbericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Liv- und Estland für das Jahr 1894. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1895. No. 11.) Aus diesem Berichte ist hervorzuheben, dafs die Gesellschaft zwei Leprosorien, Muhli und Nennal, unterhält und die Errichtung eines dritten beabsichtigt. In Muhli befanden sich im Januar d. J. 19, in Nennal 54 Aussätzige.

Von Interesse ist, dafs die im Auftrage der Gesellschaft angestellten Nachforschungen eine Verdoppelung der Zahl der Leprafälle in den hauptsächlich bekannten Lepraherden ergeben haben. In Ösel waren z. B. vor sieben Jahren nur 25 Lepröse aufzufinden, jetzt sind 28 gefunden, trotzdem in den letzten drei Jahren 35 Lepröse aus Ösel in Leprosorien untergebracht sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Verbreitung der Lepra auf der Insel Ösel, nach ihrem ätiologischen Zusammenhange betrachtet, spricht K. Dehio. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1895. No. 20.) Nach einer einleitenden Betrachtung über die Anschauungen betreffs der Kontagiosität der Lepra berichtet der Vortragende über die Nachforschungen des Stud. med. Lohtz, welche derselbe auf der Insel Ösel anstellte, und zwar auf der Westseite, da die Ostseite von Lepra frei ist. Er hat 50 lebende Lepröse gefunden, von denen 22 sich im Leprosorium Nennal aufhalten. Aufserdem hat er zuverlässige anamnestische Angaben über 106 verstorbene Lepröse. Auf das deutlichste zeigt sich das Gebundensein der Lepra an kleine, eng zusammenlebende Menschenkomplexe. Fast stets waren die Leprösen vor Ausbruch ihres Leidens in mehr oder weniger enger Berührung mit Leprösen gewesen. Einige Beobachtungen

erregen besonderes Interesse. In den fünfziger Jahren wandert ein Aussätziger in ein bis dahin leprafreies Gesinde ein. Einige Jahre darauf sind der Mann, drei Kinder, eine Dienstmagd leprös. Letztere dient später auf einem Gute und inficiert sieben Arbeiterinnen, mit denen sie einen Sommer lang zusammenwohnt. In fünf Fällen übertrug der Ehegatte die Lepra auf die Frau, resp. umgekehrt. In zwei Fällen acquiriert der Sohn Lepra in der Fremde; nach seiner Heimkehr wird die Mutter leprös. Kurz, der Vortragende bringt eine Reihe von Wahrnehmungen, welche die Kontagiosität der Lepra beweisen. Der Vortragende hält nicht alle Formen für gleichmäfsig kontagiös, die makulöse und anästhetische Form ist es weniger, als die tuberöse und die geschwürige. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gémy beschreibt ausführlich einen Fall von **Lepra trophoneurotica** bei einem Kabylen, welche das Vorkommen der Krankheit in diesem Gebiete bestätigt. Aufserdem existiert in Algier ein aus Spanien (Gebiet zwischen Alicante und Valencia) importierter Lepraherd unter inländischen Juden. Andererseits aber wurden öfters mehrere Fälle mutilierender Syphilis, die unter den Eingeborenen sehr häufig ist, mit Lepra verwechselt. (*Bull. méd. d'Algérie.* Oktober 1894.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

b. *Tuberkulose.*

Zur Ätiologie der tuberkulösen Affektionen der Mundhöhle, von Jaruntowski. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 18.) Dafs die durch Caries entstandenen Höhlen in den Zähnen den Tuberkelbacillen zur Brutstätte dienen können, von wo aus die letzteren gelegentlich in den Organismus weiter hineindringen und eine tuberkulöse Affektion hervorrufen — dafür bringt Verfasser durch Schilderung folgenden Falles einen deutlichen Beweis. Ein etwa seit fünf Jahren an Phthise leidender 40jähriger Patient, welcher in den oberen Lungenabschnitten Erscheinungen einer destruktiven Infiltration darbot, klagt in den ersten Tages seines Aufenthalts in Görbersdorf über heftige, bis ins linke Ohr ausstrahlende Schmerzen im Munde, besonders beim Schlucken. Die Untersuchung ergab nun: Links auf der Mundschleimhaut hinter dem unteren Weisheitszahne befindet sich ein speckig belegtes, zum Teil bröckelig zerfallenes Geschwür, welches sich nach hinten bis auf den vorderen Gaumenbogen erstreckt. Im Anschlusse an das Geschwür ist fast die ganze linke Hälfte des Gaumensegels bis zur Mittellinie gerötet und mit kleinen hirsekorngrofsen Knötchen übersäet, welche in den folgenden Tagen konfluierten und ausgebreitete flache Geschwüre auf dem weichen Gaumen bildeten. In dem Belage der Geschwüre entdeckt man spärliche Tuberkelbacillen. Das Zahnfleisch im Bereiche des Weisheitszahnes ist ebenfalls geschwürig zerfallen. Der locker in der Alveole sitzende Zahn wird extrahiert, und man findet auf seiner hinteren Fläche unterhalb der Krone eine kariöse Höhle, in deren Inhalte bei der mikroskopischen Untersuchung eine grofse Menge von kleinen, meist in Häufchen liegenden Tuberkelbacillen nachzuweisen ist. Lokale Behandlung war erfolglos; einige Wochen später Exitus letalis. Die im Zahninhalte gefundenen Tuberkelbacillen kamen gewifs nicht aus dem Auswurf der Lungen, sondern in der kariösen Höhle selbst war ein tuberkulöser Herd entstanden; hierfür spricht die ganze Art der Affektion und die so grofse Menge von Bacillen, welche in dieser Reichhaltigkeit für gewöhnlich und in Kulturen und frischen Herden zu sehen sind. *Neuhaus-München.*

Beobachtungen an Leukocyten, sowie über einige therapeutische Versuche mit Pilokarpin bei der (Diphtherie?) Streptokokken-Angina, Lymphdrüsenerkrankungen, Tuberkulose und Lupus, von Louis Waldstein. (*Berl.*

klin. Wochenschr. 1895. No. 17 u. 18.) Um das Verhalten der weifsen Blutkörperchen in ununterbrochener Reihenfolge während der Höhe der Infektion bis zur Heilung festzustellen, unternahm Verfasser eine Reihe von Untersuchungen bei Infektionskrankheiten. Streng hielt er dabei auseinander die multinukleären und uninukleären Zellen (Lymphocyten). Es ergab sich dabei, dafs die ersteren auf der Höhe der Krankheit bis auf das fünffache vermehrt, letztere vermindert sind. Sobald die Besserung beginnt, ändert sich das Bild, die multinukleären Zellen gehen auf die Norm zurück, während die Lymphocyten an Zahl zunehmen, so dafs aus diesem Verhalten man einen prognostischen Anhalt gewinnen kann. Von dieser Beobachtung ausgehend, war Verfasser bemüht, Lymphocytose durch Medikamente zu erzeugen, und verwandte dazu vor allem Pilokarpin. Die Wirkung war in vielen Fällen, wie es scheint, eine auffallende. So bildeten sich Drüsenschwellungen zurück, Tuberkulöse zeigten eine Reaktion wie nach Tuberkulin, Streptokokken-Anginen heilten sehr schnell. Uns interessiert hier vornehmlich die Anwendung des Pilokarpins bei einem Fall von Tuberculosis verrucosa cutis. Die Geschwülste wurden flacher, secernierten eine serös-eiterige Flüssigkeit, zeigten sich reinigende Geschwüre und zunehmende Epidermisbildung.

Die etwas sehr kurz mitgeteilten, vielseitigen Beobachtungen regen jedenfalls zu weiteren Versuchen an. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über Tuberkel und Tuberkulose der menschlichen Haut, von Leslie Roberts. (*Liverpool med.-chir. Journ.* Januar 1894.) Klare Zusammenstellung der bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Befunde, sowie der klinischen Formen der Hauttuberkulose auf Grund der neueren, einschlägigen Litteratur. *H. Einhorn-München.*

Catellani beschreibt **zwei Fälle von primärer Tuberkulose der Mamma.** (*Policlin.* 1895. No. 6.) Bei dem ersteren handelte es sich um eine konfluierende Tuberkulose mit Beginn an der Warze; der zweite war eine disseminierte Tuberkulose mit scharf abgegrenzten, auf der Unterlage beweglichen kleineren Knötchen. In beiden waren die Achselhöhlendrüsen befallen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über occulte Tuberkulose der Mandeln, von Dieulafoy. (*Presse méd. belge.* 1895. No. 18.) Aufser den bisher bekannten Formen der lokalen Rachentuberkulose, der akuten, durch Granulationen charakterisierten und der chronischen, ulcerösen kommt nach D. noch eine dritte vor, welche unter dem Bilde einer gewöhnlichen chronischen Amygdalitis mit Hypertrophie oder adenoider Vegetation verläuft. Indem D. von solchen Formen Partikeln unter die Haut gesunder Meerschweinchen inokulierte, gelang es ihm, lokale tuberkulöse Geschwüre mit darauffolgender allgemeiner Tuberkulisation zu erzeugen. Es handelt sich hier nicht um sekundäre Prozesse, sondern um rein primäre. Der Kochsche Bacillus läfst sich, von aufsen (Nase etc.) eintretend, auf den Mandeln nieder und bleibt dort, falls das Individuum normal ist, stationär. Fällt er aber auf einen pathologisch vorbereiteten Boden, wie solches bei lymphatischen Individuen anzutreffen, so entwickelt er sich weiter, wird entweder durch einen reaktionären Prozefs des Gewebes zerstört, oder letzteres geht eine fibröse Umwandlung ein, was ebenfalls mit Heilung gleichbedeutend ist), oder aber es kommt zur Infektion der Lymphdrüsen, die immer weiter um sich greift und wohl auch durch eine interkurrierende Affektion (Masern, Influenza, Syphilis) beschleunigt werden kann, bis auf dem Wege der venösen Cirkulation die Lungen ergriffen werden. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein Fall von Lupus vulgaris, von L. Mackall jr. (*Med. News.* 6. Juli 1895.) Kurzer Bericht über einen Fall dieses Leidens bei einem 18jährigen, unter ziemlich

dürftigen Verhältnissen lebenden Mädchen. Aus Mangel an geeigneter Behandlung hatte die Affektion sehr rapide Fortschritte gemacht. Im Laufe von drei Monaten war die Nase total zerstört, und auch sonst bietet das ganze Gesicht, wie aus dem beigegebenen Photogramme ersichtlich, zahlreiche tiefgehende Läsionen dar. Am meisten Erfolg hatte Verfasser von der Anwendung von Unnaschem Karbolqueckailberpflaster und Abwaschungen mit Wasserstoffsuperoxyd. *Philippi-Remscheid.*

Über die Behandlung des Gesichtslupus spricht Schultze-Duisburg im Verein der Ärzte des Reg.-Bez. Düsseldorf. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 51) und erörtert eingehend die Totalexstirpation mit nachfolgender Transplantation nach Thiersch. Stets müssen entzündliche Zustände vor der Operation durch Bleiwasserumschläge beseitigt werden. Die Exstirpation mufs im Gesunden erfolgen mit möglichster Schonung der Unterhautzellgewebe; deshalb sind auch Paquelin und Ätzmittel zu vermeiden, ebenso Unterbindungen, die zur Infektion disponieren. Die Operation wird möglichst in einer Sitzung vorgenommen, sofern nicht Mund und Nase mehrere Sitzungen erfordern. Das Ectropium des unteren Augenlides vermeidet man ohne Plastik, wenn man dasselbe vor der Transplantation an der Stirn fixiert. Grofse Lappen sind vorzuziehen. Wo zwei Lappen zusammenstofsen, bilden sich Erhöhungen, die nur langsam schwinden. Zum Verband dient trockene sterile Gaze; der Zeitpunkt des Wechsels hängt von dem Entzündungszustande des Lupus ab. Plastik ist oft unentbehrlich. Tuberkulose im Innern der Nase erheischt Aufklappen derselben, Exstirpation und Plastik. Die Kombinierung mit der Tuberkulinkur hält der Vortragende nicht für ratsam. Er hat 22 Fälle operiert, 14 sind geheilt, 8 befinden sich noch in Behandlung.

In der Diskussion betont Ehrenberg (Barmen), dafs Thiersch den Lupus superficialis, cutaneus und subcutaneus unterschied; bei letzterem mufs das Unterhautfettgewebe entfernt werden. Bei oberflächlichen Formen und zur Überführung des entzündlichen Lupus in einen trockenen, schuppenden ist Tuberkulin sehr geeignet. Er zieht feuchten Verband mit täglichem Wechsel vor. Schultze hebt nochmals die Entbehrlichkeit des Tuberkulins hervor, die nur Recidive bedingt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beschreibung eines Falles von Lupus der Nase und des Rachens in frühem Stadium, von W. Downie. (*Glasg. med. Journ.* Dezbr. 1894.) Vor zwei Jahren Beginn der Nasenaffektion; am weichen Gaumen und an der Vorderfläche der Uvula typische Lupusknötchen, keine Ulceration. Geschwollene Nackendrüsen, mit teilweisem Übergang in Eiterung. Ein Bruder leidet an einer tuberkulösen Hüftgelenksaffektion. *H. Einhorn-München.*

Goris berichtet (*Presse méd. belge.* 1895. No. 26) über vier Fälle von **Lupus des Ohres und der Nase,** die er **durch Totalexstirpation** des Neoplasmas behandelt hat. In dem Falle von Nasenlupus wurde die Exstirpation durch Rhinoplastik ergänzt, und nach zwei Jahren war noch nichts von einem Recidiv bemerkbar.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

c. *Syphilis.*

Über eine seltene Form von Aortitis syphilitica berichtet G. Jona in *Rif. med.* 1894. No. 167. Der 33jährige Mann, welcher sich im 19. Jahre syphilitisch inficiert hatte, starb in einem Anfalle von Asystolie. Die in allen Schichten, besonders in der Media, stark verdickte Aorta (im aufsteigenden Teile und an der Kurvatur) zeigte ein Unzahl kleiner Aneurysmen, welche kleinzelligen, im Zentrum zum Teil

nekrotischen Infiltrationsherden der Aortawandung entsprachen. Aufserdem bestand enorme Herzdilatation und Hypertrophie nebst Insufficienz der Aortaklappen.

C. Müller-Freiburg (Schweis).

Ein Fall von Syphilis haemorrhagica bei einem Neugeborenen, von William Courcy. (*New York Med. Journ.* 1894. S. 498.) Das Kind, dessen Schwester an Pusteln gelitten hatte und mit sieben Wochen an Krämpfen gestorben war, bekam 55 Stunden nach der Geburt über Gesicht, Hals und Schultern einen pustulösen Ausschlag; die Pusteln fingen sehr bald an zu bluten; es gesellte sich dazu blutiger Ausflufs aus den Ohren, der Vagina, dem Darm; Blutbrechen trat auf, und das Kind ging rasch zu Grunde. Jetzt stellte es sich heraus, dafs der Vater vor acht Jahren Syphilis erworben hatte, seit sieben Jahren aber keine Symptome mehr aufwies.

Türkheim-Hamburg.

Der Tertiarismus praecox, von A. Fournier. (*Gaz. méd. de Paris.* 1893. No. 49—52. 1894. No. 1.) Tertiäre Symptome im ersten Jahre der Syphilis sind nicht ganz Seltenes. F. hat sie unter 3032 Fällen 158 Mal beobachtet. Meistens schliefsen sich gegen Ende des ersten Jahres an das sekundäre Stadium die tertiären Symptome an; in selteneren Fällen folgen die letzteren aber auch unmittelbar auf den primären Schanker. Der Tertiarismus praecox verschont die Eingeweide fast ganz. Haut, Schleimhäute und Nervensystem werden mit Vorliebe von ihm befallen. Bei den Hauterkrankungen sind die geschwürigen Formen häufiger, als die trockenen; dabei bilden sich Elemente an vielen Stellen der Haut, die Syphilide haben eine grofse Neigung, sich auszudehnen und sind sehr hartnäckig, werden leicht gangränös und führen grofse Zerstörungen herbei. Von den Schleimhäuten kommen namentlich die der Mundhöhle und der Geschlechtsorgane in Betracht; auch hier sind die Syphilide mit Vorliebe geschwüriger Natur, erreichen schnell eine bedeutende Gröfse und sind der Heilung schwerer zugänglich.

Eine Syphilis praecox von Gehirn und Rückenmark ist auch nicht ganz selten; symptomatologisch unterscheidet sie sich nicht besonders von der tertiären Syphilis der nervösen Zentralorgane, die sich später einstellt; sie ist aber viel bösartiger als diese und führt nicht ganz selten zum Tode.

Endlich erwähnt F. noch einer Form, die er die galoppierende Syphilis nennt; er hat davon nur 3—4 Fälle gesehen; in einem dieser Fälle endete die Syphilis 4—5 Monate nach der ersten Ansteckung tödlich. *Türkheim-Hamburg.*

Intraokulare, retrobulbäre Neuritis infolge von Syphilis hereditaria tarda, von Vignes. (*Journ. de clin. et d. thérap. infantile* 1894. No. 29.) Der 13jährige Knabe hatte vor acht Tagen ein positives Skotom des rechten Auges bemerkt, das sich rasch vergröfserte und totale Amaurose herbeiführte. Zugleich bestanden abends Kopfschmerzen. Ophthalmoskopisch zeigte sich die Papille hyperämisch, die Venen gewunden, stark gefüllt, die Arterien verengt. Der Vater war syphilitisch; die Mutter hatte dreimal abortiert: ein Bruder mit Hutchinsonschen Zähnen hatte zweimal Hemiplegien erlitten, die durch spezifische Kur geheilt waren. Bestätigt wurde die Diagnose durch zahlreiche Hautnarben am Körper des Knaben. Die eingeleitete Inunktionskur brachte rasche Heilung. *F. Hahn-Bremen.*

Boulengier berichtet (*Presse méd. belge.* 1894. No. 35) über einen Fall von **hereditärer Syphilis,** ein vierjähriges Kind betreffend: gummöse Periostitis der Orbita mit meningitischen Symptomen (Cephalalgie, dann Konvulsionen, Delirien, Coma); rasche Besserung durch eine antiluetische Behandlung.

C. Müller-Freiburg (Schweis).

Galezowski teilt die von **hereditärer Syphilis abhängigen Augenaffektionen** in vier Klassen ein:

1. Mifsbildungen der Lider, der Orbitae, der tieferliegenden Membranen und Thränengänge (selten);

2. Lähmungen der motorischen Nerven mit Ptosis und Nystagmus;

3. Veränderung der tiefen Membranen mit Amblyopie und Amaurose, Chorioiditis, Retinitis pigmentosa etc.

4. Entwickelungshemmung des Augapfels, Astigmatismus. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 47.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Bericht über einige frische Fälle von maligner Syphilis, behandelt mit Thyreoidextrakt, von D. Menzies. (*Brit. med. Journ.* 7. Juli 1894.) Verfasser hat in Indien drei schwere Fälle von Syphilis nur mit dem obigen Mittel behandelt und eine wesentliche Besserung eintreten sehen. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Verteidigung der Behandlung des Primärsyphilids durch Excision, von E. E. King. (*Med. News.* 25. Aug. 1894.) Auf Grund theoretischer Deduktionen, sowie der pathologisch-anatomischen Verhältnisse beim harten Schanker und seiner eigenen (allerdings, wie es scheint, nicht sehr zahlreichen) praktischen Erfahrungen kommt Verfasser zu dem Ergebnis, dafs 1. die Infektion durch schleunige Excision des Schankers, vielleicht im Verein mit nachfolgender Kauterisation mit reiner Karbolsäure coupiert werden kann; dafs 2. die Sekundärerscheinungen gelinder auftreten, wenn durch die operative Entfernung des Primärsyphilids auch nach längerem Bestehen diese die Quelle und Ursprungsstätte des syphilitischen Gifts entfernt werde. Im ganzen gewinnt man nicht den Eindruck, dafs durch diese Auseinandersetzung die bereits sehr in Mifskredit geratene Methode rehabilitiert werden dürfte.

Philippi-Nieheim.

Die Grundzüge der Syphilisbehandlung, von Stukowenkoff. (*Therap. Wochenschr.* 1895. No. 4; *Rif. med.* 1895. No. 12.) Verfasser stellt folgende Bedingungen auf für die Wirksamkeit eines Quecksilberpräparates: 1. Um auf den Organismus wirken zu können, mufs das Hg die Blutbahn passiert haben. 2. Die Schnelligkeit und Intensität, mit welcher das Hg ins Blut eindringt, hängt ab von der Methode der Einführung, von der Menge des eingeführten Hg, von der chemischen Zusammensetzung des Hg-Salzes und zum Teil auch von der individuellen Konstitution. In diesem Sinne eignet sich als Antisyphiliticum am wenigsten das metallische Hg (Oleum cinereum), das nur äufserst langsam resorbiert wird. Bei den übrigen Hg-Präparaten ist das Löslichkeitsverhältnis zu berücksichtigen; die löslichen Salze sind zu unterscheiden in solche, welche das Eiweifs koagulieren und langsamer resorbiert werden (Sublimat), und in solche, welche dies nicht thun und deshalb rascher in die Blutbahn aufgenommen werden. Als Typus der löslichen Hg-Salze kann das benzoesaure Hg gelten, welches sich bei Zusatz von Kochsalz leicht löst; es enthält zwar nur halb so viel Hg, als das Sublimat, wird aber sehr rasch im Urin konstatiert. Allen anderen Methoden voran wird jedoch die intravenöse Injektion des Hg (nach Bacchelli) zu stellen sein, falls sie sich als unschädlich erweist 3. Je rascher das Hg ins Blutt tritt, um so energischer ist seine therapeutische Wirkung. 4. Bleiben nach dem Verschwinden der syphilitischen Erscheinungen Quecksilbermengen zurück, welche das therapeutische Mafs überschreiten, so wirken sie insofern schädlich, als sie der Boden für das Auftreten schwerer syphilitischer Symptome sind. 5. Das ins Blut hinübergetretene Hg beginnt sehr rasch sich durch den Urin zu eliminieren. 6. Die Wirksamkeit des Hg beginnt dann sich zu entfalten, wenn im Verlaufe von 24 Stunden im Urin eine die physiologische Grenze überschreitende Hg-Menge nachgewiesen ist

(0,004—0,006). 6. Nach der Einführung des Hg und seiner Salze in die Gewebe (durch Inunktion oder Injektion) entsteht lokal die sog. „primäre Ablagerung", deren Beschaffenheit, Bestand etc. davon abhängt, wie rasch das Hg von hier ins Blut aufgenommen wird. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Wann hat man mit der Behandlung der Syphilis zu beginnen? von J. Neumann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 45—47.) Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Diejenigen, welche die Sklerose in der ersten Zeit ihres Bestehens als eine lokale Erscheinung ansehen, wollen durch frühzeitige Entfernung derselben den Eintritt des syphilitischen Virus ins Blut verhindern. Aber weder die Kauterisation des Primäraffektes, noch die Exstirpation desselben, selbst bei gleichzeitiger Entfernung der angrenzenden Lymphdrüsen, vermögen die konstitutionelle Syphilis zu verhüten, da das Virus bald nach der Infektion in die nächstgelegenen, aber nicht erreichbaren Resorptionsbahnen gelangt, in die iliakalen und abdominalen Lymphdrüsen. Die nachweisbaren pathologischen Veränderungen des Blutes, namentlich die Abnahme des Hämoglobingehalts schon vor dem Proruptionsstadium liefert hierfür die theoretische Erklärung. Man wird sich daher der abortiven Methoden nur aus äufseren Gründen bedienen, zumal wenn der Sitz des Primäraffektes es gestattet.

2. Auch die medikamentöse Präventivbehandlung vermag nicht die Allgemeinerkrankung zu verhindern. Wiewohl es logisch gerechtfertigt erschiene, eine Krankheit, für die wir spezifische Mittel besitzen, vom Anfange an und nicht erst von ihrer vollen Entwickelung ab zu behandeln, haben die praktischen Erfahrungen und die ad hoc angestellten Experimente diese Annahme nicht bestätigt. Man beobachtet allerdings, dafs der Primäraffekt sich rasch überhäutet und die Induration bald schwindet, bereits bestehende Drüsenschwellungen frühzeitig regrefs werden, die allgemeine Drüsenschwellung entweder ganz verhindert oder herabgemindert, gleichwie die Proruption des Exanthems auf kürzere oder längere Zeit hinausgeschoben wird, und dafs das Exanthem selbst gewöhnlich blässer und die Zahl der Efflorescenzen spärlicher erscheint; vorwiegend werden die Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle hier afficiert. Auf keinen Fall aber wird die recente, konstitutionelle Syphilis, ebensowenig die eventuelle tertiäre verhindert. Die Präventivkur bietet somit keine Vorteile, sie entfaltet unter Umständen weit eher Nachteile. Gerade die grofsen, schon zur Zeit des Primäraffektes verwendeten Gaben schaffen eine Übersättigung des Organismus mit Quecksilber, gegen welche wir zu einer Zeit, wo man gegen die ernsten Erscheinungen der Syphilis ankämpfen möchte, machtlos sind. Es geht weiter bei dieser Behandlungsmethode der Überblick über den natürlichen Verlauf der Krankheit verloren, und wird das klinische Bild durch dieselbe verwirrt und gestört. Dagegen ist die Präventivbehandlung angezeigt bei syphilitischen Primäraffekten, welche wegen Sitz, Gröfse und Form oder wegen der Infektionsgefährlichkeit, zum Beispiel bei extragenitaler Lokalisation, möglichst rasch zur Resorption gelangen sollen, und deren Beseitigung auf operativem Wege nicht leicht möglich ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Heilung der konstitutionellen Syphilis, von Ziemssen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 36.) Verfasser hat in früheren Arbeiten angeführt, dafs die Thermen bei der Syphilisbehandlung nur insofern eine Rolle spielen, als sie die Aufnahme- und Widerstandsfähigkeit für Quecksilber und Jod erhöhen; besonders ist das Kochsalz wichtig. Je höher der Gehalt an Kochsalz, desto gröfsere Mengen der Medikamente werden vertragen. Diese grofsen Mengen sind aber oft nötig und allein erfolgreich; es mufs bei jedem Patienten die ihm eigentümliche „Maximaldosis" von Quecksilber und Jod erreicht werden. Verfasser belegt seine Ansichten durch die

selbst geschriebene Krankengeschichte eines Patienten. Es handelt sich um einen Luetiker, der trotz zahlreicher Kuren mit kräftigen Dosen eine Affektion in der Handfläche, welche zu blutenden Rissen und Sprüngen führte, nicht zur Heilung bringen konnte, während vorhandene Unterschenkelgeschwüre vernarbten. Patient wandte sich an den Verfasser, der versprach, die Handaffektion in 14 Tagen zu heilen. Das gelang auch durch 68 Inunktionen, bis 25,0 pro die von einem Unguentum hydrargyri, das doppelt so stark ist, als das officinelle, und Jodkalium. Im ganzen hat Patient in neun Jahren 5654 g verrieben, abgesehen von subkutanen Injektionen.

Aus diesem und ähnlichen Fällen soll hervorgehen, dafs nur forcierte Kuren schwere Syphilisformen heilen. Zu erklären ist die Wirkung dieser Kuren durch mikrobiäre Entstehung der Syphilis. (Der Fall beweist zunächst, welch erstaunliche Kuren der Mensch auszuhalten vermag, ohne daran zu Grunde zu gehen. Da aber nicht jeder Mensch so zäh ist, wird man den Fall kaum zur Nachahmung empfehlen können. Andererseits bleibt es auch fraglich, ob von 25,0 Unguentum cinereum, auf einmal eingerieben, viel mehr in den Organismus gelangt, als von 5,0. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Wandlungen in der merkuriellen Syphilisbehandlung, von Neuhaus- (*Ärztl. Rundsch.* 1894. No. 18 u. 19.) Nach einem Abrifs der Geschichte des Quecksilbers als Antisyphiliticum wendet sich Verfasser gegen die chronisch-intermittierende Behandlung, indem er sich bemüht, die zur Verteidigung derselben zu Felde geführten Anschauungen zu entkräften. Die Syphilis ist durchaus nicht immer eine chronische Krankheit, viele Fälle enden mit den Sekundärerscheinungen, wie insbesondere Sigmunds grofse Erfahrung beweist und die beobachteten Fälle von Reinfektion lehren. Es ist also die jahrelange Behandlung in vielen Fällen überflüssig. Ferner stumpft sich die Wirkung des Quecksilbers nach längerem Gebrauche ab, und können direkte Schädigungen des Körpers eintreten. Das statistische Material Fourniers beweist absolut nichts. Deshalb darf eine Quecksilberkur nur in der Sekundärperiode und bei Recidiven angewendet werden; bei letzteren aber nur, wenn die lokale Behandlung versagt. Nur bei Heiratskandidaten ist eine Ausnahme zuzulassen.

(Inwieweit diese bekannten Angriffe auf die chronisch-intermittierende Behandlung als beweiskräftig anzusehen sind, ist Sache der individuellen Überzeugung. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung der Syphilis in der Schwangerschaft, von Rumpf-Crefeld. (*Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums des Vereins der Ärzte des Regierungsbez. Düsseldorf.*) Der Verfasser empfiehlt zur Behandlung gravider Frauen mit Verdacht auf Syphilis zur Behandlung Injektionen mit Hydrargyrum salicylicum. Er hat diese Therapie zehnmal mit gutem Erfolge angewendet. Einmal, als er schon in der achten Schwangerschaftswoche die Behandlung einleitete bekam er Intoxikationserscheinungen. Diese blieben aus, als die Injektionen nach drei Monaten wiederholt wurden. Er empfiehlt die spezifische Behandlung in der 13. Woche erst zu beginnen und event. nach drei Monaten zu wiederholen. Man beginnt mit einer halben Spritze einer Mischung von 1 : 9. Die Kur ist bei jeder Schwangerschaft zu wiederholen. In zwei Fällen, in denen bei der folgenden Gravidität keine Kur vorgenommen wurde, kamen luetische Früchte zur Welt.

Verdacht auf Syphilis liegt bei jedem Falle von wiederholten Aborten vor.

(Die Syphilis in der Gravidität kann wohl ebenso, wie jede andere, je nach den Wünschen der Patienten verschieden behandelt werden. Dafs das Hydrargyrum salicylicum weniger gefährlich sein sollte, als Sublimat ist kaum anzunehmen; unlösliche Salze sind stets differenter, als lösliche.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Frage der präventiven Behandlung der Syphilis, von Edw. Welander. (*Hygiea.* Bd. 56. S. 417—453.) W. hat keinen sicheren Fall von Excision der Sklerose mit Ausbleiben der konstitutionellen Syphilis beobachtet, hat auch nicht den Verlauf der Syphilis nach Excision der Induration milder als ohne dieselbe gefunden; doch mag die Excision bei günstiger Lage der Induration gewisse lokale Vorteile leisten.

Da die Form, worunter Fournier seine intermittierende präventive Behandlung anwendet, W. nicht recht gefällt, hat letzterer seit mehreren Jahren eine Methode benutzt, welche auf seiner bakteriologischen Auffassung des Leidens in Verbindung mit seiner auf vielfältigen Untersuchungen basierten Kenntnis zur Absorption und Elimination des Quecksilbers gegründet ist. Die syphilitischen Symptome (unter welchen die Sklerose als das erste, rein lokale aufgefafst wird) werden durch die Wirkung der Bakterien und die Toxine derselben hervorgerufen. Abgesehen von der Selbsthülfe des Organismus, wird angenommen, dafs die Mikrobien durch das alle Teile des Organismus beeinflussende Quecksilber getötet oder unschädlich gemacht werden, und dafs dieses event. eine Sporenbildung abwehren kann. Ohne den Organismus durch ein Übermafs von Quecksilber zu beeinträchtigen, mufs man daher eine hinreichend kräftige, intermittierende Merkurialbehandlung einschlagen. Sobald die Diagnose: Sklerose mit Sicherheit gestellt werden kann, mufs die Kur anfangen. Diese wird nachher intermittierend fortgesetzt, etwa einen Monat lang, mit darauffolgender Pause von 4—6 Wochen. Nach diesem Prinzip wird am wenigsten das erste Jahr hindurch Hg gegeben, und die Behandlung mufs fortgesetzt werden, solange neue Symptome auftreten. In der Regel hält W. die Patienten ein Jahr, nachdem sich das letzte Symptom gezeigt hat, unter kräftiger Merkurialwirkung, und nachher noch ein Jahr lang unter allmählich milderer Einwirkung. W. wechselt so viel wie möglich in der Form für die Behandlung, besonders im ersten Jahre, um nicht immer dasselbe Organ (Haut, Därme etc.) zu beeinflussen, hält aber fest, dafs die erste Behandlung vorzüglich kräftig werde (Schmierkur, resp. Aufstreichen mit Unguentum hydrargyri oder Injektionen von unlöslichen Quecksilbersalzen.) Nur bei starker Toxineinwirkung (z. B. schweren Kopfschmerzen) wird Jodkalium im sekundären Stadium gegeben.

Stellen sich trotz dieser präventiven Behandlung tertiäre Fälle ein, so hat Jodkalium in grofsen Dosen (6—10 g oder mehr täglich) wegen seiner schnellen Absorption oft eine schnelle Wirkung; hierauf wendet er aber wieder etwa ein Jahr lang eine intermittierende Kur mit Hg an, um Recidiven vorzubauen.

Auch bei Kindern mit hereditärer Syphilis mufs natürlich eine intermittierende, präventive Behandlung zur Anwendung kommen. W., welcher seit mehreren Jahren die obenerwähnte Methode benutzt, hat dadurch weit bessere Resultate erreicht, als durch irgend eine andere Behandlungsweise.

Schliefslich erwähnt und widerlegt W. die Einwendungen, welche gegen die früh angefangene, sowie gegen die präventiv-intermittierende Behandlung als solche aufgestellt worden sind. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Ohmann-Dumesnil empfiehlt (*St. Louis med. and surg. Journ.* September 1894) zur **Behandlung der syphilitischen Schleimhautaffektionen** aufser Ätzungen mit dem Lapisstift, stärkeren Lapislösungen, Chromsäure, starken Sublimatlösungen als am raschesten wirkendes Mittel Ätzungen mit Acidum nitricum fumans, welch letztere bei oberflächlichen und ulcerativen Formen Anwendung finden können. Die Plaques werden weifs, während die gesunde Schleimhaut unverändert bleibt, so dafs die afficierte Stelle scharf abgegrenzt wird. Die Ätzungen seien nicht besonders schmerzhaft; wenn während der Applikation exspiriert werde, sei die Belästigung

durch die Dämpfe der salpetrigen Säure nur gering; auch der saure Geschmack sei nur wenig unangenehm. *H. Einhorn-München.*

Zur Behandlung gewisser sekundärer Syphilisaffektionen durch Kalomelräucherungen, von Balzer. (*Sem. méd.* 1894. No. 41.) Bei hartnäckigen sekundären Syphiliden am Munde und Anus hat Verfasser Kalomelräucherungen angewendet. Dazu dient eine Glasröhre, 4—5 mm stark und 30 cm lang, mit einer rundlichen Anschwellung in der Mitte, in der sich Kalomel befindet, und einem dünner ausgezogenen Ende. Erhitzt man die Röhre, dann entwickeln sich Kalomeldämpfe, die man einbläst. Daneben wird eine allgemeine, antiluetische Kur eingeleitet.

Örtlich reizen die Räucherungen nicht, sie können auf die kranken Stellen scharf lokalisiert werden. 2,0 genügen für eine Räucherung. Intoxikationen sind nicht beobachtet. Während der Applikation im Munde soll nicht geatmet werden, da ja nur eine örtliche Einwirkung bezweckt wird. Wahrscheinlich entsteht dabei Sublimat. Man kann diese Umwandlung noch begünstigen durch Bepinseln der Schleimhaut mit Labarraquescher Lösung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Silber und Syphilis, eine Vorlesung, von W. R. Gowers London. (*Brit. med. Journ.* 1. Dezember 1894.) In überaus anschaulicher Weise — man glaubt Dickens zu lesen — stellt Gowers vor seinen Schülern Betrachtungen an einem Patienten an, den er nahezu 25 Jahre Gelegenheit hatte zu beobachten und der damals, mit zwei Krankheiten behaftet das Hospital aufsuchte, nämlich mit einer ausgesprochenen Argyrie, und zweitens mit Erscheinungen eines cerebralen Tumors syphilitischer Natur. Wegen dieser letzteren Symptome hatte der Patient zwei Jahre vorher, also vor 27 Jahren, einen anderen Arzt konsultiert, der ihn längere Zeit hindurch Silbernitrat einnehmen liefs und, anstatt die Syphilis zu heilen, den Patienten noch mit einer Argyrie beglückte. Mit ganz vorzüglichem Humor bespricht G. diesen Kunstfehler des längst verstorbenen Arztes und zeigt seinen Schülern als warnendes Beispiel, wie derartige Mifsgriffe gerade bei der Syphilis schon durch die Verzögerung der richtigen, sachgemäfsen Behandlung irreparablen Schaden anrichten können. Doch auch mit Merkur und Jodkalium wird man nur bedingt Heilung bringen, wenn es noch nicht durch die Syphilis zur Zerstörung der Gewebe gekommen ist. Sobald aber ein Substanzverlust, beispielsweise im Gehirn, eingetreten ist, wird derselbe nie erneuert werden können; höchstens kann der Verlust und die Folgen desselben durch andere Teile des Gehirns kompensiert werden. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Syphilis mit Kupfersulfat, von A. F. Price. (*Med. Record.* 1894. No. 45.) Ein Patient im Sekundärstadium der Syphilis, der trotz Quecksilberanwendung an allgemeiner Psoriasis und rheumatischen Schmerzen litt, Lymphdrüsenschwellungen zeigte, bekam Kupfersulfat (0,0005 in Lösung pro dosi) und Eisenchloridtinktur, als sich Salivation und Stomatitis einstellten. Letztere ging zurück, die Eruption verschwand fast ganz, die Drüsenschwellung nahm ab. Die Dosis des Kupfersulfats wurde nach einem Monat bis auf das Dreifache erhöht, das Eisen auf die Hälfte reduciert. In neun Monaten völlige Heilung; zuletzt wurde 0,01, dreimal täglich, eine Woche um die andere gegeben.

Auf Grund dieses Falles und einiger weiterer, die auch die Schattenseiten der Medikation zeigen, kommt der Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Das Kupfer übt eine spezifische Wirkung auf die Syphilis, welche sich besonders an den Lymphdrüsen geltend macht; es ist deshalb eingreifender, als Quecksilber.
2. Es beseitigt die Hauterscheinungen im zweiten Stadium nur langsam.
3. Es verhindert die Entwickelung von Plaques und Pharynxaffektionen.

4. Es ist ein sehr energisches Mittel und deshalb ist es gut einen Tag in der Woche mit dem Gebrauche auszusetzen. Die ersten Symptome seiner excessiven und schädlichen Wirkung sind ein übermäfsiger Appetit, worauf, wenn die Dosis nicht herabgesetzt, oder die Behandlung ganz unterbrochen wird, Prostration, Schwindel, Blässe und schneller, schwacher Puls folgt.

5. Die Durchschnittsdosis des Kupfersulfates ist 0,002 dreimal täglich. Es ist besser es mit Eisensulfat zu verbinden. Die Verordnung geschieht in Pillen oder Lösung.

6. Diese Dosis ist absolut gefährlich in Fällen syphilitischer Kachexie. Sie verursacht sofort eine excessive und beunruhigende Prostration. Wenn eine genügend kleine Dosis zuerst gegeben wird, so wird allmählich Toleranz erzielt, so dafs nach und nach die Durchschnittsdosis erreicht wird.

In wenigen kachektischen Fällen kann eine einmalige tägliche Dosis von 0,00006 notwendig sein. Der Gebrauch von Eisen, Arsenik und Jod ist gewöhnlich in alten Fällen von Syphilis notwendig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Anwendung einer weichen Kalomelseife zu Inunktionen bei der Behandlung der Syphilis, von Monties. (*Merc. méd.* Januar 1894.) Die Seife wird in folgender Weise dargestellt:

Kalilauge	50
Natronlauge	100;

die beiden Lösungen werden allmählich und unter beständigem Umrühren gegossen in

Mandelöl	300

auf 90—100° während drei bis vier Stunden erwärmt, dann unter zeitweiligem Umrühren bei 20—25° erkalten gelassen, bis eine schöne weifse, axungiaartige Masse, die weiche Kaliseife, entsteht. Zur Darstellung der Kalomelseife nimmt man:

Weiche Kaliseife (nach obiger Zusammensetzung)	100
Kalomel	40—60
Mandelöl	20,0

Die Vorteile dieses Präparates beruhen auf seiner Wirksamkeit, welche derjenigen der grauen Salbe gleichkommt, auf seiner Reinlichkeit und Einfachheit der Darstellung. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Calomel-Traumaticin als Antisyphiliticum, von Cauchard. (*Sem. méd.* 1894. No. 41.) Bei gewissen Syphiliserscheinungen leistete dem Verfasser Kalomel-Traumaticin mit 25% Calomel vapore paratum gute Dienste, wie es von Geroni empfohlen ist. Jullien in Paris bestätigte die guten Resultate. Es wird nach einem warmen Bade das Traumaticin mit Pinsel auf die erkrankte Fläche aufgetragen, die Pinselung dreimal wöchentlich wiederholt. Sekundäre Läsionen heilen in 20—30 Tagen, am schnellsten papulöse, pustulöse, squamöse Syphilide. Besonders indiciert ist dieses Verfahren bei kachektischen Individuen und in späteren Stadien der Syphilis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Technik intravenöser Injektionen teilt Altmann (*Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 48) ein Verfahren mit, um die Injektion in die Umgebung der Gefäfse zu verhindern, die ja stets Schmerz und Schwellung bewirkt. Man läfst die Vena mediana durch Umwickeln des Oberarmes hervortreten, sticht dann die desinficierte Hohlnadel allein parallel der Hautfläche, mit der Spitze nach dem Oberarme langsam ein, schiebt sie vor, bis Blut aus der Öffnung austritt. Dann ist man sicher, in der Vene zu sein, löst jetzt die Binde und setzt die fertig gemachte Spritze in die Hohlnadel, sobald das Blut luftfrei austritt, und injiciert. So vermeidet man alle unangenehmen Zwischenfälle. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Behandlung der Syphilis mit 50%igem Oleum cinereum, von Claessen. (*Therap. Monatsh.* Oktober 1894.) Auf der syphilitischen Abteilung Leichtensterns wurde im Jahre 1891/92 das 50%ige graue Öl ausprobiert. Man bediente sich der Vorschrift Langs, nahm aber im ganzen die Dosen etwas höher (beginnend mit zweimal wöchentlich 0,1 und dann weiter alle Woche 0,05 bis zur Heilung. Die Erfolge waren im ganzen recht günstige, die Heilwirkung eine prompte, die Beschwerden und Gefahren der Injektionen bei guter Asepsis und Vorsicht nicht bedeutend; Recidive schienen nicht so häufig zu sein, wie nach den Kuren mit Hg salicylicum, welches im Jahre vorher ausprobiert war. Im Jahre 1892/93 wurde wieder Schmierkur verordnet. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verfasser zu dem Schlufs, dafs das souveräne Mittel in der Syphilistherapie die Schmierkur ist und bleibt; ihr am nächsten steht das 50%ige graue Öl, dann folgt das 30%ige; an letzter Stelle steht das Hydrargyrum salicylicum, dessen Wirkung zwar eine sehr prompte, aber wenig nachhaltige ist. *F. Hahn-Bremen.*

Die Behandlung der Syphilis mit hypodermatischen Injektionen von Hydrargyrum salicylicum wird von L. Amster (*Atlanta med. and surg. journ.* 1894. No. 6) wärmstens empfohlen. 0,06 g pro dosi, am besten in Oleum Vaselini gelöst, 6—12 Injektionen. *H. Einhorn-München.*

Über einige Methoden der Syphilisbehandlung, besonders über Einspritzungen mit Hydrargyrum succinimidatum, von Vollert. (*Therap. Monatsh.* November 1894.) Verfasser bespricht die Nachteile der Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze, wie sie in zahlreichen, in diesem Blatte referierten Arbeiten mitgeteilt sind, und kommt zu einem für dieselben ungünstigen Urteil. Wo grofse Dosen auf einmal injiciert werden sollen, zieht er die Methode von Lukasiewicz vor, 5%ige Lösungen von Sublimat zu injicieren. In den meisten Fällen wird es aber wohl richtiger sein, kleine Mengen zu injicieren. Wie die Baccellischen Versuche mit intravenösen Injektionen beweisen, genügen ja kleinste Dosen, um Erfolg zu erzielen.

Betreffs der Schmierkur glaubt Verfasser, dafs dieselbe nach wie vor wird beizubehalten sein. Überhaupt ist eine gröfsere Reihe von Methoden von Vorteil, damit man im Einzelfalle die beste aussuchen kann. Wo man Injektionen verwendet, ist aber das Hydrargyrum succiminidatum allen übrigen Präparaten vorzuziehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Injektionen mit Ölsolution des Doppeljodquecksilbers bei der Behandlung der Augensymptome der Syphilis, von Parisotti. (*Ann. d'oculistique.* April 1894. Nach *Therap. Blätter.* 1894. No. 8.) Verfasser stellt die Methode von Panas, bestehend in der Injektion 4%igen Doppeljodquecksilbers, in eine Reihe mit den Kalomelinjektionen. Vor letzteren hat sie aber die Vorteile, dafs nicht schwere Stomatitiden oder phlegmonöse Abscesse entstehen und der Schmerz mäfsiger ist. Allerdings ist die Wirkung auch eine langsamere, so dafs für schwerere Fälle doch immer das Kalomel vorzuziehen ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Behandlung der Strikturen der Urethra des Mannes, von Julius Rosenstirn. (*The Journ. of the Americ. med. Assoc.* 1894. No. 14.) Verfasser, der die strengste Antisepsis bei jeder Sondenapplikation übt, bespricht kurz die Behandlungsmethoden der Urethralstrikturen auf Grund eigener Erfahrungen. Er hält für das rationellste Verfahren die allmähliche Dilatation, verwirft die forzierte Dilatation, wie die Urethro-

tomia interna. Wo durch Sondenbehandlung nichts erreicht wird, empfiehlt er die äufsere Urethrotomie, die viel ungefährlicher und sicherer in den Erfolgen ist. Die Elektrolyse kann er weder verwerfen, noch wie andere enthusiastisch loben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die operative Behandlung von Urethralrupturen, von E. Draneblet. (*The Practitioner.* 1894. No. 1. Nach *Americ. med.-surg. Bull.* 1894. No. 17.) Hat eine Verletzung am Perineum eine Blutung aus der Urethra bedingt, dann soll dieselbe stets durch perineale Incision freigelegt und, wenn möglich, ein Verweilkatheter eingeführt werden. Bei vollständiger cirkulärer Trennung der Urethra sorgsame Naht der Schleimhaut und des periurethralen Gewebes, eventuell nach vorheriger Anfrischung der Wundränder. Wenn nicht mit Sicherheit Heilung per primam zu erwarten ist, ist es besser, nicht resorbierbares Nähmaterial zu verwenden, die Enden der Nähte an einer Ecke der Perinealwunde nach aufsen zu leiten, noch besser, letztere bis zur Entfernung der Nähte ganz offen zu erhalten. Bei partieller Ruptur der Schleimhaut und des spongiösen Gewebes soll die fibröse Scheide durch einen longitudinalen Schnitt eröffnet und die Ausdehnung der Verletzung untersucht werden. Bei starker Quetschung und Zerreifsung am besten vollständige Excision der betreffenden Partie, wenn dieselbe nicht mehr als $^1/_2$—$^3/_4$ Zoll beträgt. Vereinigung der Enden, wenn nötig, nach Ablösung von den kavernösen Körpern.

Wird die Urethrorrhaphie in Fällen, in welchen die Ruptur durch direkte Gewalt bedingt ist, unterlassen, so resultiert fast stets eine Striktur. In Fällen mit komplicierender Beckenfraktur mufs am Beginne durch Perinealincision die Urinextravasation hintangehalten werden. Nach Heilung der Fraktur wird sich in einzelnen Fällen eine Urethrorrhaphie anschliefsen können. *H. Einhorn-München.*

Poullain formuliert die Indikationen der **Cystostomia suprapubica temporerea bei komplicierten Urethralstrikturen** in folgenden Sätzen: Die Operation hat stattzufinden: 1. bei Strikturen, welche mit schwerer allgemeiner oder lokaler Urininfektion kompliciert sind. Sie wird ergänzt durch die sekundäre Urethrotomie, Urethrektomie und Urethroplastik; 2. bei Strikturen mit Urininfiltration; 3. bei Strikturen mit hartnäckigen Fisteln zur Abkürzung der Krankheitsdauer; 4. ausnahmsweise bei undurchdringlichen blennorrhoischen oder traumatischen Strikturen oder Ruptur der Urethra posterior zur Vornahme des Katheterismus von hinten, wenn der Urin septisch verändert ist. (*Lyon. méd.* 1895. No. 3.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Harnröhrenbildung nach Poncet, von Johann Merkel-Nürnberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 2.) Bekanntlich hat Poncet für diejenigen Fälle von totaler Harnverhaltung bei Prostatahypertrophie, in welchen man mit dem Katheter nicht in die Blase dringen kann, statt des Blasenstichs und der kapillären Aspiration eine spezielle Art der Cystotomia suprapubica empfohlen und damit vortreffliche Resultate erzielt. Die Operation besteht darin, dafs man unter Anwendung der Beckenhochlagerung über der Symphyse einen 6 cm langen Ledranschen Querschnitt, dann einen 3 cm langen Blasenquerschnitt macht. Nach totaler Entleerung der Blase vernäht man die Blasenschleimhaut mit der äufseren Haut durch zahlreiche Nähte, nachdem dieselben mit feinen Häckchen durch die Musculi recti hervorgezogen war, so dafs ein Querspalt entsteht, welcher später durch die Heilung der Hautwunde und die kontrahierenden Rectusfasern zu einer Art Ring umgestaltet wird. Durch die zahlreichen Nähte wird dem gefährlichen Einfliefsen von Urin in die Bauchhöhle vorgebeugt. Es soll also in der neuen Harnröhre, bestehend aus Blasenschleimhaut, welche von den Fasern der Recti ringförmig umgeben ist, ferner aus den aponeurotischen Gebilden der Bauchwand und der äufseren Haut eine Art Sphinkter sich

bilden, welcher nach vollendeter Heilung durch einen „Clou von Zinn", einen kanülefömigen Cylinder verschlossen werden kann. Anfangs mufs dem Urin durch eine Zinnkanüle Abflufs verschafft werden. Bleibt die muskulöse Kontraktion ganz aus, was fast nie der Fall ist, so müfste ein Harnrecipient getragen werden. Bessert sich das Grundleiden in der Weise, dafs sich der physiologische Zustand wieder herstellt, so kann man die Blasenfistel jederzeit zur Heilung bringen.

Merkel hat nun diese Poncetsche Operation bei einem 77 Jahre alten, von ihm acht Jahre vorher erfolgreich wegen Carcinoma recti operierten Patienten in Anwendung gezogen, als der Kranke seit 24 Stunden an Harnverhaltung litt und bei der sich vorfindenden kolossalen Prostatahypertrophie jeglicher Katheterismus erfolglos blieb und sich bereits urämischer Kräfteverfall ankündigte. Abgesehen von einem kleinen Abscefs im prävesikalen Zellgewebe ging die Heilung glatt von statten. Drei Wochen nach der Operation konnte der Patient bereits spazieren gehen, befand sich wohl, hatte an Gewicht zugenommen. Freilich mufste er noch eine Kanüle und einen Harnrecipienten tragen; möglicherweise kann der letztere überflüssig werden, wenn der Urin durch die Muskelaktion der Recti, welche von allen Seiten die neue Harnröhre umgeben, vollkommen zurückgehalten wird. Jedenfalls will Merkel die Poncetsche Operation bei Prostataischurie lebhaft empfohlen wissen.

(Bekanntlich hat auch der hochbetagte Diday durch diesen Eingriff eine wesentliche Lebensverlängerung erfahren. Anmerkung des Referenten.)

Neuhaus-München.

Die Wiederherstellung der Pars cavernosa urethrae bei Patienten mit Striktur, von Levaux. (*La Chir. contemp. des org. gén.-urin.* Februar 1894.) Fall von chronischer Urethritis mit Striktur, gefolgt von Urininfiltration und der Bildung eines Abscesses, der sich zwischen der Aponeurose und dem kavernösen Gewebe der Urethra von der Insertion des Präputiums bis zum Scrotum erstreckte und eine Urethralfistel bedingte. Nach Erweiterung der Fistel durch eine mediane Incision zeigte sich der Boden der Urethra in grofser Ausdehnung zerstört. Die Incision wurde bis zur Skrotalregion erweitert, die strikturierte Portion reseciert, worauf eine französische Sonde No. 15 in die Pars prostatica eingeführt werden konnte, während vorher eine Sonde No. 8 passierte. Aus der Penisfascie wurde ein neuer Boden für die Urethra gebildet. Trotz zahlreicher Erektionen heilten die oberen zwei Drittel der Wunde und die Abscefshöhle per primam, so dafs endlich nur eine kleine Fistel zurückblieb, die durch eine plastische Operation leicht geschlossen werden konnte.

Der Autor schliefst aus dem Verlaufe dieses Falles, dafs in ähnlichen Fällen ohne Zaudern die Resektion der Urethra vorgenommen werden soll. Die Dünne des periurethralen Gewebes der Pars cavernosa ist keine Kontraindikation für die Resektion traumatischer Strikturen von geringer Ausdehnung. Die Erektionen können durch vorhergehende Dilatation, durch möglichst rasche Entfernung des Katheters nach der Operation, durch Vermeidung irritierender Antiseptica verringert werden. Die Anwendung von gesättigten und gekochten Borsäurelösungen wird empfohlen.

H. Einhorn-München.

Urethrotomia perinealis externa, von W. B. Rogers. (*Med. News.* 29. Septbr. 1894.) Der Bericht bringt nichts wesentlich Neues, obgleich die einzelnen Fälle nicht ohne Interesse sind. Mit einer einzelnen Ausnahme gewährte die Operation sofort wesentliche Linderung. Es handelte sich dabei um folgende Fälle: 1. undurchgängige Harnröhrenstriktur, skrotaler Harnabscefs, 2. multiple Strikturen mit Fisteln und Urininfiltration, 3. Cystitis, multiple Strikturen, Fremdkörper in der Blase, 4. Cystitis, multiple Strikturen, 5. zwei Strikturen in der Pars pendula, multiple Urinfisteln, 6. multiple Strikturen, vier Urinfisteln, 7. zwei Strikturen und Fisteln, Operation ohne

Führungssonde, 8. multiple impermeable Strikturen, Urethrotomia perinealis externa ohne Sonde, 9. chronische Cystitis. Die betreffenden Verhältnisse sind durch schematische Abbildungen anschaulich illustriert. *Philippi-Remscheid.*

In gewissen Fällen von **Urethralfisteln** macht Loumeau die **Cystotomia suprapubica.** So hatten bei einem 52jährigen Manne mit multiplen Fisteln infolge von Striktur eine Urethrotomia interna und externa zu keinem Resultate geführt. Erst die Cystotomie führte zu rascher Vernarbung der Fisteln. (*Arch. clin. de Bordeaux.* 1894. No. 22.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über eine **Rektourethralfistel kongenitalen Ursprungs** berichtet Auger in der Société de chirurgie zu Paris, Sitzung vom 18. Juli 1894. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1894. No. 64.) Das jetzt fünfjährige Kind wurde mit Erfolg operiert. Die vordere Rektalwand wurde abpräpariert und jede Fistelöffnung gesondert geschlossen; Dauersonde in der Harnröhre wurde nur einen Tag vertragen. Erst bei der zweiten Nachoperation gelang der dauernde Verschluſs, da dann die Dauersonde 14 Tage liegen bleiben konnte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Swisser-Brüssel prakticierte die **Urethralnaht** mit bestem Erfolge in je einem Falle von traumatischer Harnröhrenruptur der Regio perineo-bulbaris und von Urethralstriktur mit multiplen Fisteln. Verfasser zieht diese Operation der Applikation des Dauerkatheters vor, weil erstere rascher zum Ziele führt, ebenso gute Prognose liefert und statt zu einer breiten zu einer lineären Narbe führt, die weniger einer nachträglichen Striktur ansetzt. (*Presse méd. belge.* 1895. No. 14.)
C. Müller-Freiburg (Schweiz.)

Jaboulay ist der Ansicht, daſs die **Cysto-Urethrostomie** (künstliche Verbindung der Blase mit der Urethra unter Umgehung des Sphinkters), welche so schlechte Resultate geliefert hatte und deshalb verlassen wurde, wieder aufgenommen werden sollte, selbstverständlich mit den entsprechenden Verbesserungen. So konnte an Stelle der Naht, welche meist der Grund des schlechten Erfolges war, ein Knopf aus resorbierbarem oder malleablem Stoffe verwendet werden. (*Lyon méd.* 1895. No. 19.)
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

In seinen Untersuchungen **über die Kontraktilität des Blasenmuskels** hat Genouville gefunden, daſs beim gesunden Menschen die bloſse Kontraktion des Blasenmuskels zur Harnentleerung genügt und die Mitwirkung der Bauchpresse keineswegs notwendig ist. Beim Drange zu urinieren kommen zwei Arten von Sensibilität in Betracht: die Kontakt- und die Distensionssensibilät. Bei normalem Zustande der Blase und des Blaseninhalts ist die Kontaktsensibilität gleich Null, und erst bei einem gewissen Grade der Extension stellt sich Minderung ein. Eine Verminderung bis zu vollständigem Verschwinden der Blasenkontraktilität hat G. gefunden bei Urethralstenosen (Strikturen), bei Prostatahypertrophie in vorgerückten Perioden. Bei Rückenmarksaffektionen besteht gleichzeitig eine Verminderung der Sensibilität und der Kontraktilität des Blasenmuskels, wie es sich durch manometrische Messungen feststellen läſst, während bei einfachen neuropathischen Zuständen (Neurasthenie) die Kontraktilität erhalten ist. (*Journ. de méd. et de chir. prat.* 1895. No. 11.)
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

C. Casarini beschreibt einen Fall von **Neurasthenia urinaria.** Der 17jährige Jüngling hatte sich zweimal blennorrhoisch inficiert und war beide Male in verhältnismäſsig kurzer Zeit geheilt worden. Nach der zweiten Blennorrhoe blieben jedoch infolge der Einwirkung der Krankheit auf das Gemüt (Besorgnisse um die Zukunft etc.) neurasthenische Miktionsbeschwerden zurück, infolge welcher der Urin nur in ge-

wissen Stellungen, oder nur wenn sich Patient ganz allein wußte, bald nur tropfenweise, bald gar nicht entleert werden konnte. Die Untersuchung ergab vollständiges Fehlen einer Striktur bei normaler Harnbeschaffenheit. Hydro- und Elektrotherapie brachten rasche Heilung herbei. (*Rif. med.* 1894. No. 278.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über zwei schwere Fälle von **vesikaler Neurose** spricht G. E. Brewer in der Genito-Urinary Sektion der New York Academy of Medicine, Sitzung vom 9. Oktober 1894. (*Amer. med.-surg. Bull.* 1. Novbr. 1894.) Der erste betrifft eine 55jährige, unverheiratete nervöse Dame. Hochgradiger Tenesmus vesicae, so daß unter Schmerzen zeitweise alle 5—6 Minuten Harn entleert wird; ununterbrochenes Gefühl brennender Hitze, Schlaflosigkeit, Magenbeschwerden, Angstgefühle, Prostration. Urin stark sauer, von hohem spezifischen Gewicht, ohne pathologische Beimengungen. Die nähere Untersuchung ergiebt einen kompensierten Herzfehler, mäßige Anämie und allgemeine Hauthyperästhesie, besonders in der Regio hypogastrica. Einer gynäkologischen Exploration folgt wesentliche Verschlechterung, die den Gebrauch von Morphiumsuppositorien notwendig macht. Bettruhe, heiße Sitzbäder, Vaginalduschen, Kalium aceticum, Bromnatrium, Valeriana, Lithium, Blasenirrigation, Applikation von Argentumlösungen auf die Urethralschleimhaut ohne Erfolg. Wesentliche Besserung durch Änderung der Diät, Eisen und Amara. Die Patientin fiel dann einem Gynäkologen in die Hände, der eine vaginale Cystotomie machte, aber weder einen Fremdkörper, noch einen Tumor, sondern nur eine Verdickung der Blasenwandung fand.

Im zweiten Falle, einem 38jährigen Neurastheniker, bei dem in wechselnder Stärke ganz ähnliche Beschwerden bestanden, trat 24 Stunden nach einer genauen Blasenuntersuchung in Narkose ein halbkomatöser Zustand ein, der über zwei Tage andauerte und den Übergang in eine psychische Störung bildete, während deren zehntägiger Dauer Patient sehr fröhlich war, beständig wirres Zeug schwätzte, Gang- und Sprachstörungen zeigte. Hierauf trat bedeutende Besserung ein, die jedoch durch ernste Rückfälle unterbrochen wurde. Zur Zeit wird Patient, obwohl er unter den günstigsten hygienischen Bedingungen lebt, 1—2 mal wöchentlich plötzlich von Schwächegefühl, Kopfschmerzen, Schmerzen in der Lumbalregion befallen. Harnstoffmenge zeitweise über 30,0 pro die.

In der Diskussion erwähnt Tilden Brown einen Fall vesikaler Irritation, der einen Masturbator betraf; außerdem eine Frau, bei der sich an den Tenesmus ohne nachweisbare Ursache eine Myelitis transversa anschloß.

Taylor hält den ersten Fall für eine Pericystitis, E. Fuller den zweiten für eine beginnende Tabes. Bei jungen, nervösen Damen seien ähnliche Fälle häufig, durch Massage, gymnastische Übungen und psychische Beeinflussung sei häufig Erfolg zu erzielen. Die Eruierung der veranlassenden Momente sei von großer Bedeutung.

H. Einhorn-München.

Elftägige Urinverhaltung, von J. H. McCartney. (*Med. News.* 15. Septbr. 1894.) Eine 21jährige chinesische Dame hatte nach der Geburt eines mäßig großen Kindes elf Tage lang nicht urinieren können. Es war nur dann und wann ein wenig Harn weggesickert. In Narkose würde ein Katheter eingeführt und ungefähr 7 l (6½ Quart engl.) von dunkelfarbigem, stark riechenden Urin entleert. Die Frau erholte sich ohne weiteren Zwischenfall. *Philippi-Remscheid.*

Einige Anschauungen Guyons über Krankheiten der Harnblase und der Prostata, von M. Mendelsohn. (*Centralbl. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane.* 1894. Bd. V. Heft 2.) Verfasser hat das breit angelegte Werk Guyons, welches die Geschwülste der Harnblase und die Cystitis, sowie die Hypertrophie der Prostata und die Prostatitis umfaßt, ins Deutsche übersetzt, allein um sie dem Publikum bequemer

zugänglich zu machen, in wesentlich abgekürzter, konciserer Form. Einige Mitteilungen daraus macht er in dem uns beschäftigenden Aufsatz, und zwar über die Prostatahypertrophie. Guyon erklärt die Vergrößerung der Prostata erst in zweiter Linie als wesentlich für diesen Krankheitsprozeß, die Hauptsache, das Grundleiden, ist nach ihm die Arteriosklerose, und zwar die des gesamten Harnapparates. Man sollte daher konsequenterweise von „Prostatismus" sprechen. Jedenfalls handelt es sich bei der Sache um eine Erkrankung des gesamten Harnapparates; es giebt Männer, die eine vergrößerte Vorsteherdrüse haben, ohne je mit Beschwerden von seiten derselben geplagt zu werden, und andererseits giebt es komplette Prostatiker ohne Prostatahypertrophie. Wenn man die Krankheit in zwei deutlich geschiedene Perioden trennt, so sind die Erscheinungen der ersten, das erhöhte Bedürfnis zum Urinlassen, reinweg die Folge eines erhöhten Kongestionszustandes in den Harnorganen, eben infolge der Arteriosklerose. Die Erscheinungen der zweiten Periode, Harnverhaltung, Distension der Blase, Cystitis, finden ihre Erklärung in rein mechanischen Verhältnissen, bedingt durch eine Ernährungsstörung im gesamten Harnapparat. Auf diesen Überlegungen beruht auch Guyons Ansicht über die Therapie, die nicht eine rein spezialistisch lokale, chirurgische sein soll, sondern vor allem eine Allgemeinbehandlung umfassen soll, Abwendung von Kongestionszuständen, genaue Vorschrift der Lebensweise, Häufigkeit und Menge der aufzunehmenden Speisen und Getränke etc.

F. Hahn-Bremen.

Undurchdringlichkeit des gesunden Blasenepithels für Arzeneien und Gifte, von Boyer und Guinard, mitgeteilt von Chauvrau. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 10.) Im Gegensatz zu Bazy treten die Verfasser für die bisher von den Physiologen stets vertretene Ansicht ein, daß dem gesunden Blasenepithel irgend eine Resorptionsfähigkeit nicht zukomme, vorausgesetzt, daß die jeweils eingeführte Substanz das Epithel nicht schnell schädige. Bei den von ihnen angestellten Versuchen gingen sie folgendermaßen vor: sie unterbanden bei mehreren Hunden die Ureteren und die Urethra und injicierten mittelst einer feinen Kanüle in die Blase salzsaures Strychnin. Unter diesen Versuchsbedingungen ertrugen die Tiere während sieben und neun Stunden 2, 3 und 4 cg des Giftes ohne das geringste Anzeichen von Vergiftung.

Um noch mehr physiologisch vorgehen zu können, verschafften sie sich Hunde kräftigen Schlages, ließen sie natürlich vor dem Versuch urinieren und führten denselben vorsichtig bis in die Blase einen weichen, wohlbefetteten, sehr feinen Katheter ein, der nicht mehr als 1 oder 2 mm Durchmesser hatte. Durch diesen Katheter wurden langsam 5 ccm einer wirksamen Lösung eingeträufelt, welche bis 30 und 35° erwärmt war; bevor man das Instrument herauszog, wurden noch 2—3 ccm heißen destillierten Wassers durch dasselbe gespritzt, um es auszuwaschen. Die meisten Tiere ertragen die eingeträufelten Flüssigkeiten sehr gut, wenn man sie nur ruhig im Laboratorium oder in einem engen Behälter läßt. Mehrere von ihnen haben so während 8, 10, 15, 17 und selbst 20 Stunden giftige Lösungen in ihrer Blase behalten also war genug Zeit vorhanden für eine etwaige Absorption.

Freilich vermieden die Verfasser metallische Gifte, irritierende Stoffe oder solche, welche Gase entwickeln und hielten sich an die Reihe der Alkaloide, von der Ansicht ausgehend, daß unter diesen genügend giftige und diffusible Elemente vorhanden sind, welche in starker Dosis in die Blase gebracht, rasch töten müssen, falls wirklich das Epithel dieselben durchdringen läßt.

Unter diesen Versuchsbedingungen sahen die Verfasser in 23 Fällen die Blase ohne irgend eine allgemeine oder spezielle Störung, ohne das geringste Zeichen von Absorption folgende Dosen und folgende Alkaloide ertragen und bei sich behalten:

Pilokarpin 10 und 20 cg; Atropin und Eserin 10 cg; Kokain 20 und 50 cg; Morphin 10 und 15 cg; Keratin 5 cg; arsensaures und chlorsaures Strychnin 3,5 und 10 cg. So oft es möglich war, überzeugten sich die Verfasser von der Anwesenheit des Giftes in dem nach den Injektionen von den Tieren gelassenen Urin. Weiteres unternahmen sie einem Kontrollversuch, der von beweisendem und unanfechtbarem Werte ist. Sie sammelten nämlich den Urin von drei Hunden, welche in ihrer Blase ohne jeglichen Unfall 10 cg arsensaures Strychnin behalten hatten; nach der Konzentration desselben im Wasserbade wurde in zwei Fällen derselbe Urin, welchen zwei Hunde gelassen hatten, eben diesen unter die Haut eingespritzt, der vom dritten Hunde herrührende Urin einigen Fröschen, zwei Meerschweinchen und einem Kaninchen; alle diese Tiere gingen unter dem klassischen Zeichen von Strychninvergiftung zu Grunde.

Sollen die Versuche gelingen, so muſs man erwachsene, gesunde, ruhige und wenig reizbare Tiere verwenden, ganz junge Hunde und Kaninchen passen nicht. Endlich darf man auch nicht beim gleichen Versuchstier schon nach einigen Tagen einen Versuch wiederholen. Denn fast immer hinterläſst die erste Einträufelung eines beliebigen Alkaloids eine mehr oder weniger bedeutende Empfindlichkeit und kann eine Entzündung hervorrufen, welche dann die Absorption erlaubt. Man vergesse nicht, daſs eben nur das gesunde und intakte Blasenepithel das klassische und neuerdings erhärtete Prinzip von dessen Undurchdringlichkeit für gewisse Arzneimittel giebt. *Neuhaus-München*

Störungen beim Urinieren bei Neubildungen der Blase, von Guyon. (*Gaz. des Hôpitaux.* 1894. No. 75.) Das Hauptsymptom der Blasengeschwülste ist die Hämaturie; diese kann zur Störung der Urinentleerung führen dadurch, daſs Blutgerinnsel die Harnröhre verstopfen; ferner kann eine gestielte Geschwulst die Harnröhre verlegen; oder die voluminöse Geschwulst, die die Blase einengt, führt zu Retentionserscheinungen; endlich kann die begleitende Cystitis Ursache derselben sein. Die gestielten Geschwülste machen leichter Cystitis, als die ungestielten. Diese machen auch Reizerscheinungen, aber es fehlt der Eiter im Urin. In solchen Fällen verlangt G. endoskopische Untersuchung. Bei gutartigen (in der Regel gestielten) Geschwülsten tritt hierbei in der Regel keine neue Blutung auf, während dies bei infiltrierten und ulcerierten (meist bösartigen) Geschwülsten die Regel ist.

F. Hahn-Bremen.

T. K. Moubo spricht in der Glasgow pathological and clinical Society über einen etwas dunklen **Fall, bei dem gewisse Erscheinungen während des Lebens und der Sektionsbefund eine spontane Blasenruptur wahrscheinlich machen.** (*Glasg. med. Journ.* 1895. No. 5.) Vor 14 Jahren Blennorrhoestriktur. Acht Tage vor Aufnahme des Patienten und während des nur eintägigen Aufenthalts im Krankenhause Urinretention. Durch den Katheter gelingt die Urinentleerung entweder nicht, oder es geht blutig gefärbter Urin ab, der einmal auch spontan entleert wird. Bild der Peritonitis. Auſserdem bis über den Nabel reichender Tumor, der für die ausgedehnte Blase gehalten, jedoch auch nach Entleerung von über 1 l blutigen Harns nicht kleiner wird. Diagnose: Extraperitoneale Ruptur der Blase. Operation: Nach Eröffnung der Bauchhöhle entweicht Gas, dem eine groſse Menge blutig gefärbte, nach Ammoniak riechende Flüssigkeit (Harn?) folgt. Kurz darauf Exitus.

Sektion: Groſse Menge hämorrhagischen Exsudates in der Bauchhöhle, akute Peritonitis. Unter dem Peritoneum auf der vorderen und oberen Blasenwandung auſserordentlich dicke Lage im Blutgerinnsel im Stadium beginnender Organisation. An der hinteren Blasenwandung eine 2 cm lange und 1 cm breite, narbenähnliche Stelle, wo das Muskelgewebe zu fehlen scheint, die Mucosa jedoch normal verschieblich und die Serosa nicht stärker adhärent ist, wie in der Umgebung Blasenwandung

verdickt. Es wird angenommen, dafs hier zur Zeit des erstmaligen Auftretens der Urinretention (vor zehn Tagen) eine Blasenruptur stattgefunden habe, eine Ansicht der im Laufe der Diskussion von Lindsay Steven und Rutherfurd entgegengetreten wird, und die auch nach später erfolgter mikroskopischer Untersuchung aufgegeben werden mufs. Striktur in der Pars membranacea, instrumentelle Verletzungen der Urethralwandung, zwei falsche Wege, durch beträchtliche Blutextravasation gekennzeichnet. Die eventuelle Bedeutung derselben für die Hämorrhagien wird von Maylard und Knox hervorgehoben. Letzterer betont ferner, dafs spontane Rupturen bei so dicker Blasenwandung höchst bemerkenswert seien, und dafs es sich möglicherweise um eine durch ein Instrument bedingte Ruptur handle. Intraperitoneale Rupturen können sich an heftige Stöfse gegen die ausgedehnte Blase anschliefsen.

H. Einhorn-München.

Über ein Symptom, das häufig die Enuresis nocturna der Kinder begleitet, von Sigm. Freund. (*Neurol. Centralbl.* 1893. No. 21.) Etwa die Hälfte aller mit Enuresis nocturna behafteten Kinder zeigen eine Hypertonie der unteren Extremitäten. Sucht man die aufliegenden Beine der auf dem Tische sitzenden Kinder zu spreizen, dann stöfst man auf einen anfangs starken, nach kurzer Zeit nachlassenden Widerstand, der an die Starre bei spastischer Spinalparalyse erinnert. Die Adductoren bewirken denselben, als harte Stränge vorspringend. Denselben Widerstand leistet der Quadriceps bei schneller Flexion des Unterschenkels bei ausgestrecktem Bein; derselbe läfst aber auch bald nach und wird minimal bei rascher Wiederholung der Bewegung. Die Sehnenreflexe sind dabei eher gesteigert, die Muskeln sind gut ausgebildet und fühlen sich derb an. Es liegt nahe, die Enuresis in diesen Fällen auf Überirritation des Detrusor vesicae zurückzuführen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gegen Enuresis nocturna empfiehlt Alister:

Liq. Atrop. sulf. (2%)	5,6	
Liq. Strychn. hydrochlor.	0,25	(Wie stark? D. Ref.)
Syr. cort. Aurant.	ad 30,0.	

Davon sollen für 14jährige Kranke abends 5, allmählich steigend auf 50—60 Tropfen gegeben werden. Die Intoxikationserscheinungen durch Atropin sind lästig, aber die hohe Dosis ist nötig. Daneben abends trockene Kost und zweimal in der Nacht Wecken zum Urinieren. (*Korrespondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1895. No. 15.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Druckfehlerberichtigung und Nachtrag zu meiner Arbeit: Zur Geschichte und Anatomie des Favusscutulums (im vorigen Heft). In der Anmerkung auf S. 421 (Zeile 4 von unten) hat sich ein sinnentstellender Druckfehler eingeschlichen, den ich zu verbessern bitte. Es mufs heifsen: ... „sind natürlich kegelförmig" (statt: kugelförmig). — Sodann habe ich leider zu konstatieren, dafs die vorzügliche Arbeit von Herrn Professor Mibelli aus dem Jahre 1892 über den Favus zu spät zu meiner Kenntnis gekommen ist, um sie zu berücksichtigen. *Dr. Kellogg.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

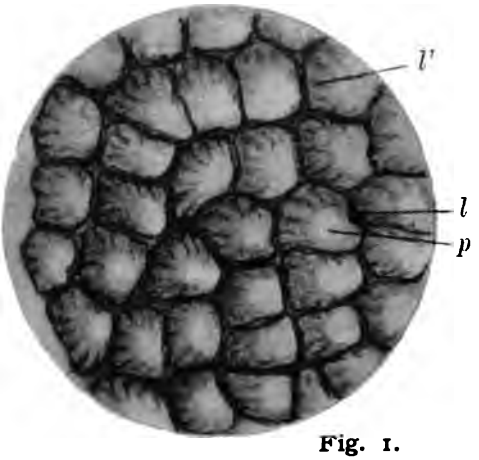


Fig. 1.

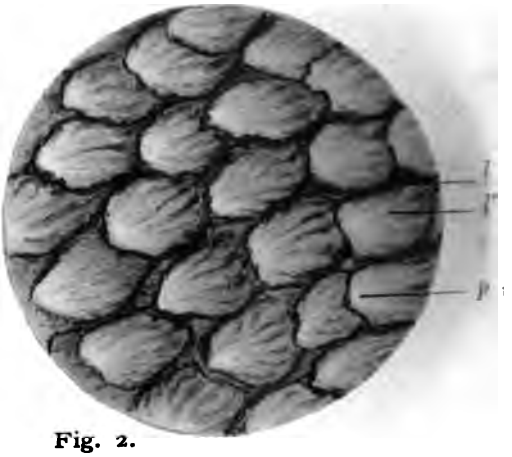


Fig. 2.

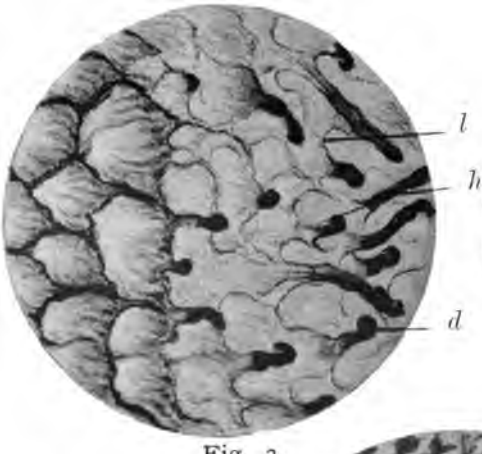


Fig. 3.

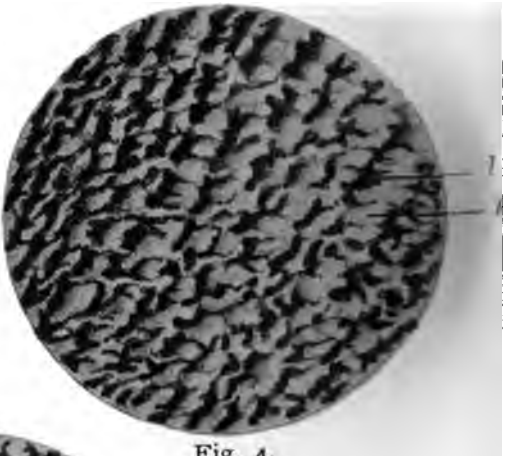


Fig. 4.

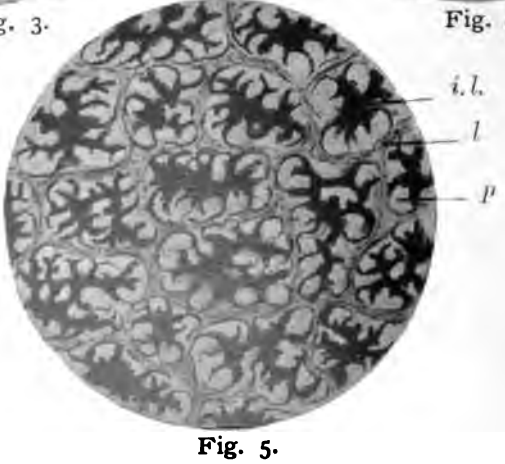


Fig. 5.

Verlag von Leopo

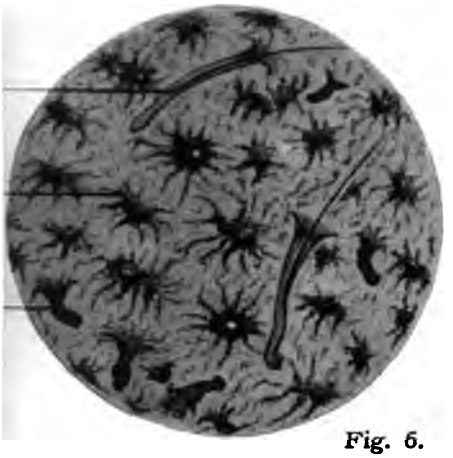


Fig. 6.

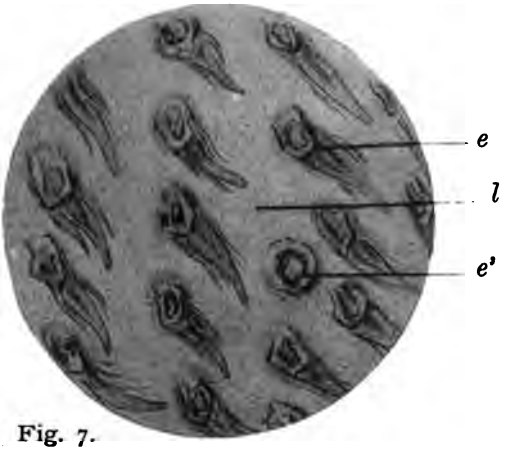


Fig. 7.

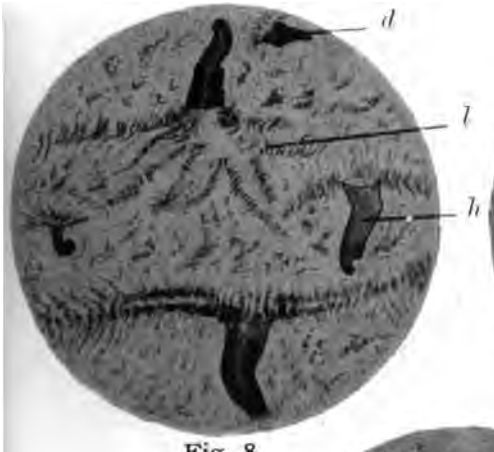


Fig. 8.

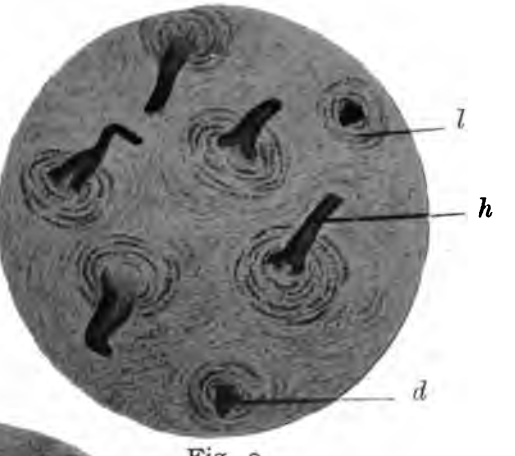


Fig. 9.

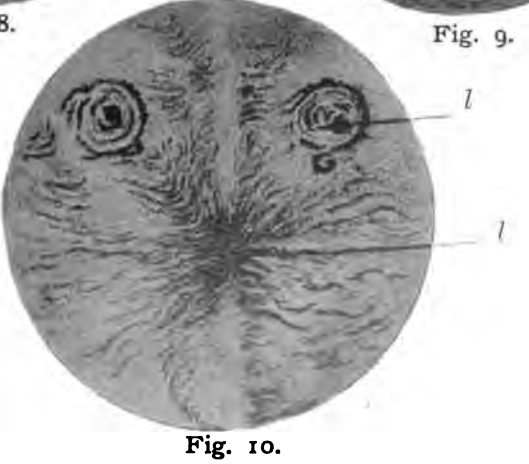


Fig. 10.

Lichtdruck v. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Hamburg (u. Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXI. No. 11. 1. Dezember 1895.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Färbung der Mikroorganismen in der Haut (mit Ausschluſs der Hornorganismen).

Von

P. G. Unna.

Zum Schlusse meiner technischen Artikel über spezifische Tinktionen der Hautbestandteile ist es wohl am Platze, noch einmal eine Übersicht über diejenigen Färbungen zu geben, welche sich für die Darstellung der Mikroorganismen in der Haut (mit Ausschluſs der Hornorganismen) am besten in meinen Händen bewährt haben. Ich habe zu wiederholten Malen Versuchsreihen über diesen Gegenstand mitgeteilt und auch gelegentlich in meiner *Histopathologie* einzelne Methoden von hervorragender Brauchbarkeit angeführt. Seit Abschluſs dieses Werkes ist es jedoch mein Bestreben gewesen, die groſse Anzahl dieser Methoden zu reducieren, alles weniger Brauchbare auszumerzen und gleichsam einen Stamm der besten Methoden auszuarbeiten.

Es ist nicht nur das praktische Bedürfnis, welches mich hierzu bewogen hat und welches allerdings in erster Linie verlangt, daſs das Gedächtnis nicht unnötig mit Formeln belastet wird, sondern es gewährt auch eine theoretische Befriedigung, die besten Methoden von den weniger guten, die einfachen von den komplicierteren zu sondern. Denn je einfacher und besser zugleich eine Färbemethode ist, um so eher dürfen wir hoffen, in derselben eine wesentliche (chemische) Reaktion auf die Leibessubstanz der Mikroorganismen gefunden zu haben. Organismen, welche sich durch einfache Färbereaktionen scharf unterscheiden, müssen ihrer chemischen Zusammensetzung nach verschieden sein.

Derartige Rückschlüsse auf die Natur der Organismen lassen sich begreiflicherweise um so weniger entziehen, je komplicierter die tinktorielle Darstellung ist. Je mehr die chemische Besonderheit der Farbe unter der der beizenden, fixierenden und entfärbenden Adjuvantien verschwindet, einen um so zufälligeren, roh empirischen Charakter erhält die ganze Darstellung der Organismen. Wenn es dagegen gelingt, einen

kleinen Stamm vielseitig brauchbarer und doch sehr einfacher Methoden auszuarbeiten, so werden sich die verschiedenen Organismen vermöge derselben auch übersichtlich und „natürlich“ gruppieren lassen.

Selbstverständlich ist es eine Utopie, eine einzige Universalmethode für Mikroorganismen aufsuchen zu wollen. Dieses Bestreben des hochverdienten, verstorbenen KÜHNE (Wiesbaden) habe ich nie verstehen können. Es genügt doch sich zu erinnern, dafs wir viele, vielleicht die meisten pathophoren Mikroorganismen noch gar nicht kennen, um einzusehen, dafs unsere bisherigen vorzüglichsten Methoden für gewisse Organismen absolut unbrauchbar sein müssen. Nicht einmal in einem einzelnen Organe, wie der Haut, kann daher von einer Universalmethode die Rede sein, geschweige für die Organismen in sämtlichen Organen. Denn bekanntlich haben wir bei allen Färbemethoden für Mikroorganismen ohne Ausnahme mit dem mehr oder minder grofsen, modificierenden tinktoriellen Einflufs der Umgebung zu rechnen, wenn derselbe auch häufig dem Untersucher nicht zum Bewufstsein kommt.[1]

Wir werden also nur die Mindestzahl der notwendigen Methoden zu erreichen suchen. Ihre Anzahl wird sich nach der Mannigfaltigkeit der (chemischen) Natur der Organismen richten und wahrscheinlich mit jedem bisher nicht darzustellenden und in Zukunft entdeckten Organismus sich um eine oder mehrere Methoden vergröfsern. Ihre Anzahl geht aber weiter über den engsten Kreis der eben notwendigen Methoden sofort hinaus, sowie wir die sehr berechtigte Forderung stellen, dafs mittelst derselben auch die pathologischen Veränderungen des Gewebes möglichst gut und charakteristisch hervorgehoben werden sollen.

Der Kreis von notwendigen Methoden, den ich im folgenden zunächst nur für die Haut aufstelle, entspricht einerseits den tinktoriellen Eigenheiten der bisher in der Haut nachgewiesenen Organismen, andererseits denjenigen der wichtigsten pathologischen Veränderungen progressiver und regressiver Natur, welche sich an das Dasein derselben in der Haut knüpfen.

Als Prüfungsobjekte benutzte ich für diese neu angestellten, systematischen Vergleiche fünf Organismen, deren tinktorielle Eigenschaften möglichst verschieden sind, welche in genügender Menge sich bei den betreffenden Hautkrankheiten vorfinden und zu denen das Material sich relativ leicht erhalten läfst. Es sind dieses die Organismen des Milzbrandes (Milzbrandpustel), der Eiterung (Staphylokokken im Furunkel), der Lepra (Leprom der Haut), des Erysipels und des weichen Schankers. Dieselben zerfallen nach ihrer Tingibilität an und für sich in drei Gruppen. Die Milzbrandbacillen und Staphylokokken sind sehr leicht

[1] Vergleiche in dieser Hinsicht beispielsweise die verschiedene Tingibilität der Staphylokokken in der Hornschicht und im Eiter.

und mit den verschiedenen Farbstoffen ziemlich gleich gut färbbar und halten die aufgenommene Farbe den Entfärbungsmitteln gegenüber gut fest; die Lepra- (und Tuberkel-) Bacillen färben sich nur sehr langsam, zeigen Verschiedenheiten den verschiedenen basischen Farben gegenüber, halten aber die einmal aufgenommene Farbe selbst unter Einwirkung von Säuren fest. Die Organismen der dritten Kategorie (Erysipelkokken und Streptobacillen) färben sich leicht, zeigen ausgesprochene individuelle Farbverwandtschaften, entfärben sich aber auch ungemein leicht wieder. In letzterer Beziehung übertrifft der Streptobacillus noch den Erysipelcoccus bei weitem und kann daher hier als Repräsentant einer ganzen Gruppe schwer darstellbarer Organismen (Streptobacillus, Rotzbacillus, Typhusbacillus) dienen.

Nach der Tingibilität relativ zum umgebenden Gewebe haben wir — da die Hornorganismen ausgeschlossen sind — hauptsächlich nur zwei Kategorieen zu unterscheiden: die Eiterorganismen und die übrigen Parasiten der Cutis. In der That bedingt die Umpackung der Organismen mit den dicht gedrängten und durch basische Farben ebenfalls stark tingiblen Leukocytenkernen eine so starke Konkurrenz in der Färbung, dafs einige, sonst sehr brauchbare Methoden für diesen Fall vollkommen ausgeschlossen sind. Unwesentlich dagegen erscheint es, ob die Mikroorganismen in Lymphspalten, in den Blutgefäfsen, in relativ gesundem und hypertrophischem Bindegewebe oder endlich in nekrotischem oder absterbendem Gewebe liegen. In allen diesen Fällen kommt dieselbe gröfsere Auswahl von Färbemethoden zur Anwendung, wobei es übrigens selbstverständlich ist, dafs jede bedeutendere Anhäufung von Leukocyten um die Organismen, auch wo keine Eiterung besteht, die Anwendung der speziellen Methoden für Eiterorganismen ausnahmsweise ratsam macht. Derartige Verhältnisse bestehen stellenweise öfters beim Erysipel, bei der Tuberkulose und überall dort, wo Organismen im Gewebe absterben, wobei dann ihre schwächere Tingibilität auch noch ganz besonders eine Abschwächung der Kerntingibilität in der Umgebung erheischt.

Was die Farben zur Tinktion der Organismen im Hautgewebe betrifft, so beschränke ich mich auf die drei überall bevorzugten: Gentianaviolett, Fuchsin und Methylenblau, und werde sie auch in dieser historisch begründeten Reihenfolge besprechen.

I. Gentianoviolett.

Aus der Gramschen Methode, der ersten guten Methode zur Isolierung der Organismen im Gewebe, haben sich eine Reihe von Tochtermethoden entwickelt, von denen in meiner Praxis die Weigertsche Modifikation der Anilinentfärbung allen anderen durch die Sicherheit und Schönheit des Erfolges den Vorrang abgelaufen hat. Ich kombiniere mit

derselben begreiflicherweise die vor vielen Jahren von mir angegebene Jodierung mittelst der freies Jod entwickelnden Mischung einer Lösung von Jodkalium mit einer solchen von H_2O_2. Als Gentianalösung benutze ich diejenige in Anilinwasser, als Karminvorfärbung eine solche mittelst Pikrokarmins oder der von mir angegebenen und bei Grübler vorrätigen, rasch färbenden Pikrocochenille.[2] Diese Modifikation der Gentiana-Jod-Methode zur Färbung der Organismen der Haut[3] kann ich als sehr praktisch empfehlen. Die genauere Formel folgt am Schlusse dieses Artikels.

Neben dieser Methode hat sich neuerdings eine zweite entwickelt, welche in Bezug auf das Färberesultat mit ersterer einigermafsen konkurrieren kann. Sie beruht auf dem von Herxheimer gemachten Vorschlage, zur Entwässerung und Entfärbung die Kleverschen Vasogene zu benutzen. Ich kann die folgende, auf alle fünf Organismen von mir angewandte Vorschrift empfehlen, aber nur mit Vorbehalt für Organismen des Eiters, da letzterer auf dünnen Schnitten bei der Entfärbung mit Vasogenen auseinanderstiebt. Im übrigen ist die Methode insofern bequemer als die erstgenannte, als sie ganz im Schälchen vorgenommen werden kann. Aber es bedarf bei Ausführung derselben grofser Vorsicht in der Manipulation mit den Schnitten. Die letzteren werden zunächst eine halbe Stunde in meiner Pikrocochenillelösung (Grübler) oder mit einer der gebräuchlichen Karmin- oder Pikrokarminlösungen vorgefärbt, werden mit Wasser abgespült und auf dem Objektträger (zwei Minuten) mit konzentrierter Gentiana-Anilinwasserlösung bedeckt, dann in ein Schälchen mit Wasser hineingespült, eine Minute mittelst KJ + H_2O_2-Lösung jodiert, auf dem Spatel vom Wasser möglichst durch Löschpapier befreit und auf eine Minute in reines Vasogen gethan bis zur Entwässerung. Dann kommen sie etwa zehn Minuten in ein Schälchen mit einer Mischung von Camphor-Chloroform-Vasogen und Anilinöl zu gleichen Teilen, werden in Xylol abgespült und in Balsam eingeschlossen.

Ob diese Methode sich neben der erstgenannten Gentiana-Jod-Methode einen dauernden Platz erobern wird, erscheint mir fraglich; immerhin glaubte ich, sie an dieser Stelle anführen zu sollen, da die Entfärbung und Entwässerung mit Vasogenen noch wenig bekannt ist. Unter die besten und universell anwendbaren Methoden kann ich sie nicht zählen; eine solche erfordert hauptsächlich eine gröfsere Einfachheit, wie ich sie durch Einführung der im vorigen Artikel[4] mehrfach angeführten Gentiana-Methode erreicht zu haben glaube. In derselben ist einerseits Jodierung

---

[2] Cochenille 3, Alaun 5, Pikrinsäure 0,5, Aq. dest. 200; coque ad remanent. 100.

[3] Wohl zu unterscheiden von der Gentiana-Jod-Methode zur Darstellung des Fibrins einerseits, der zum Nachweise des Kollagens und der Epithelfasern andererseits.

[4] Unna, Über Verwendung von Anilinmischungen zur tinktoriellen Isolierung von Gewebselementen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895. Bd. XXI. pag. 215.

und Gegenfärbung (mit Eosin) in einen Akt zusammengezogen, andererseits die Entfärbung der Kerne durch den Zusatz von salzsaurem Anilin zum Anilin in bisher nicht erreichter Weise garantiert. Es ist dadurch eine Gentiana-Schnellfärbemethode entstanden (die Ausführung dauert ca. zehn Minuten), deren Vorzüge so auf der Hand liegen, dafs man dieselbe überall selbst der bisher gebräuchlichen vorziehen wird, wo es nicht auf eine gleichzeitige Darstellung der Kerne in Kontrastfarbe, sondern nur auf den raschen und sicheren Nachweis von jodfesten Organismen im Gewebe ankommt.

Diese beiden, von mir bevorzugten Gentiana-Methoden schliefsen sich also nicht aus, sondern ergänzen sich. Wir werden immer neben einer Methode, welche in einseitiger Weise die Mikroorganismen hervorhebt, wenigstens eine andere notwendig haben, welche gleichzeitig Aufschlüsse über das Verhalten derselben zum umliegenden Gewebe durch Differenzierung des letzteren giebt. Jene hinwieder wird immer, indem sie das Gewebe nur in diffuser und schwacher Weise gegenfärbt und damit die Differenzierung des Gewebes preisgiebt, die beiden wichtigen anderen Vorteile voraushaben, dafs sie einerseits viel rascher auszuführen ist, andererseits ein Übersehen auch eines einzelnen Mikroorganismus ausschliefst, was bei einer stärkeren Mitfärbung des Gewebes nicht zu erreichen ist.

Es geht aus diesen Bemerkungen als allgemeine Regel hervor, dafs zur Voruntersuchung auf das Vorhandensein von Mikroorganismen, besonders wenn diese nur in geringer Anzahl vorhanden sind, die Schnellfärbungen mit diffuser Kontrastfärbung des Gewebes, zum genaueren Studium der bakteriellen Invasion dagegen die langsameren Färbungen mit gleichzeitiger Darstellung von Kernen, Protoplasma und Intercellularsubstanzen vorzuziehen sind.

II. Fuchsin.

Als Fuchsinlösung benutze ich stets die Karbolfuchsinlösung nach den Vorschriften von Ziehl oder Czaplewski. Zur Entfärbung dient mir jedoch, abweichend von den üblichen Methoden, eine Mischung von konzentrierter Tanninlösung mit einer sauren Farbe (Wasserblau oder Orange). Ich erreiche so mit einem Male eine Entfärbung, eine Gegenfärbung und eine kräftige Fixierung der Farbe auf den Organismen. Für die schwer entfärbbaren unter den letzteren (Milzbrand, Leprabacillen) würde auch wohl eine einfache saure Gegenfarbe (Wasserblau, Orangespiritus) ohne Tanninbeize genügen; aber die sich leichter entfärbenden, z. B. der Erysipelcoccus, kommen bei Entfärbung mit der tannierten sauren Farbe viel besser zum Vorschein. Ich bin auf den ausgedehnten

Gebrauch der zusammengesetzten Tanninlösungen zur Entfärbung bei Bearbeitung der Methylenblaufärbungen gekommen, habe sie dann aber auch bei den Fuchsinfärbungen ungemein praktisch gefunden. Allerdings eignen sich die Tanninfärbungen insgesamt nicht zur Darstellung der Eiterorganismen, da sie die basische Farbe stark auch auf den Kernen fixieren. Will man daher Eiterkokken durchaus mit Fuchsin färben, so muſs man die mit Karbolfuchsin überfärbten Schnitte entweder in einfachem Orangespiritus entfärben, wobei dann allerdings die Kernfärbung im ganzen Schnitt leidet, oder besser eine Hämatein-Kernfärbung vorausschicken. Im übrigen aber haben diese Methoden der Fuchsinfärbung keine Kontraindikation und ein sehr weites Feld der Anwendung. Sie lassen sich ebensogut auf Erysipelkokken und Milzbrandbacillen, wie auf Tuberkel- und Leprabacillen anwenden und versagen nur, wie auch alle Gentiana-Methoden, bei den Streptobacillen des weichen Schankers, Rotzbacillen und ähnlichen, schwer tingiblen Organismen.

Für die Tuberkel- und Leprabacillen erleidet die Methode natürlich, entsprechend den eigentümlichen Tingibilitätsverhältnissen dieser Organismen, einige leichte Veränderungen. Die Schnitte müssen statt weniger Minuten wenigstens ½ Stunde, besser mehrere Stunden (resp. eine Nacht), in der Karbolfuchsinlösung verweilen, werden dann in gewöhnlicher Weise durch 25%ige Salpetersäure und Spiritus dilutus entfärbt und darauf erst in der Tannin-Orange- oder Tannin-Wasserblaulösung umgefärbt. Während bei den anderen Organismen eine intensive Kernfärbung konkurriert, ist hier die rote Kernfärbung durch die Behandlung mit Salpetersäure und Alkohol ausgelöscht. Man erhält also trotz der Nachfärbung mit der komponierten Tanninlösung hier keine Kernfärbung mehr. Dafür treten aber auf dem nun ziemlich diffus gefärbten (gelben oder blauen) Hintergrunde die Tuberkel-, resp. Leprabacillen so scharf und stark gefärbt hervor, daſs einem bei einer Voruntersuchung auf diese Organismen (beispielsweise im Lupus) kein einzeln liegender entgehen kann. Ich ziehe daher, wo es zunächst nur auf den sicheren Nachweis weniger Tuberkel-, resp. Leprabacillen in einem Gewebe ankommt, diese ganz sauren Nachfärbungen den gebräuchlichen Nachfärbungen mittelst neutraler oder saurer Lösung des basischen Methylenblaus bei weitem vor, da hierbei eine Umfärbung oder Entfärbung der Organismen prinzipiell ausgeschlossen ist und man nebenbei viel rascher zum Ziele kommt. Will man mit den Vorteilen dieser Methode eine kontrastierende Kernfärbung der Tuberkel- oder Leprabacillen enthaltenden Gewebe verbinden, so schiebt man die dazu notwendige Hämateinfärbung zweckmäſsigerweise nach der Entfärbung mittelst Salpetersäure und Alkohol ein, da sonst auch die Kernfärbung durch letztere leiden würde, es sei denn, daſs man dieselbe maximal stark gemacht hätte.

Die in meinem Laboratorium gebräuchlichste Gegenfärbung des Gewebes, nachdem in demselben Tuberkel- oder Leprabacillen mittelst Karbolfuchsins gefärbt sind, ist, wo es auf ein genaueres Studium des Gewebes ankommt, die Färbung mit polychromer Methylenblaulösung und Entfärbung mittelst neutraler Orceinlösung oder der Tannin-Orangelösung.

Die universellsten Fuchsinfärbungen sind nach diesen Ausführungen die folgenden drei: die Fuchsin-Tannin- + Wasserblau-Methode, die Fuchsin-Tannin- + Orange-Methode und die letztere mit vorheriger Kernfärbung durch Hämatein.

III. Methylenblau.

Die Methylenblaumethoden sind die jüngsten, aber vermöge ihrer vielseitigen Modifikationsfähigkeit für die Zukunft vielversprechend. Eine grofse Reihe chemischer Substanzen, teils als Beizen, teils als Entfärber wirkend, unterstützt die an und für sich nicht so intensive Methylenblaufärbung. Für den hier vorliegenden Zweck haben sich am meisten bewährt: Tannin, Jod, Kaliumbichromat, rotes Blutlaugensalz, Seife. Mit Hülfe dieser Mittel gelingt es, starke Färbungen auch von solchen Organismen im Gewebe zu erhalten, welche sich mit Fuchsin und Gentianaviolett gar nicht darstellen lassen (z. B. Streptobacillen des weichen Schankers). Eine Reihe von Entfärbungsmethoden, speziell für mit Methylenblau gefärbte Eiterorganismen habe ich schon vor längerer Zeit mitgeteilt;[5] es waren dieses: Arsensäure, Kaliumbichromat, alkalischer Seifengeist und Eisenvitriol. Diesen hat sich noch das Jod als fünftes angereiht, welches das wichtigste unter den fünf Mitteln für diesen besonderen Zweck geworden ist und welches mir damals nur daher unbekannt blieb, weil meine Untersuchungen von den Hornorganismen ausgingen und daher das Jod (als unbrauchbar und gefährlich bei der Untersuchung von Hornorganismen) prinzipiell aufser acht liefsen.

Die genannten fünf Chemikalien entfärben die Kerne alle ziemlich gleich gut, sind aber doch nicht gleichwertig wegen der verschiedenen Art und Intensität, mit welcher sie die Farbe auf den Organismen fixieren; so besteht bei den Jod- und Chromentfärbungen eine Neigung, die Organismen dicker (d. h. um eine Hülle voluminöser) und dunkler darzustellen, als sie bei den Arsen-, Seife- und Eisensalzentfärbungen erscheinen. Getreu dem Prinzip, in die hier geplante engere Auswahl nur die besten und universell brauchbaren Methoden aufzunehmen, will ich nur die Jodentfärbung an dieser Stelle lassen, aber doch mit einigen Worten wenigstens der Seifenentfärbung gedenken.

Diese hat nämlich den besonderen Vorzug, die Karminfarben nicht

---

[5] Einige neue Methoden zur tinktoriellen Isolierung von Bakterien. *Berl. klin. Wochenschr.* 1891. No. 31.

im mindesten anzugreifen. Man entfärbt also mit Pikrocochenille vorgefärbte und mit Methylenblau gefärbte Schnitte, welche Eiterorganismen enthalten, sehr zweckmäfsig mittelst des verdünnten Spiritus saponatus kalinus (zwei Tropfen auf ein Schälchen Wasser) und mufs dann allerdings die Schnitte sehr gründlich mit Wasser nachspülen. Ich glaube, im Interesse derjenigen Kollegen, welche Karminvorfärbungen lieben und gut gelungene Färbungen derart zu erhalten wünschen, an dieser Stelle auf die Seifenentfärbung aufmerksam machen zu sollen. Sowohl durch Arsensäure, Chromsäure, Chromate, Eisensulfat, wie auch durch Jod werden Karminvorfärbungen geschädigt und besonders die zarteren Karmintöne in ihrer Nuance verändert, resp. ausgelöscht. Aus diesem Grunde ziehe ich denn auch für die hier allein empfohlene Jodentfärbung eine Gegenfärbung mittelst Eosins vor und habe dann noch den Vorteil, aus dieser sehr universell brauchbaren Methode eine Schnellfärbung zu machen, indem ich Jod und Eosin zusammen in Alkohol löse, so dafs dieser Jod-Eosin-Spiritus[6] gleichzeitig entfärbt, das Methylenblau auf den Organismen fixiert und gegenfärbt. Es genügt eine Färbung von zwei Minuten in der polychromen Methylenblaulösung und eine ebensolange Entfärbung in dem Jod-Eosin-Spiritus, so dafs diese Schnellfärbung bei der Aufsuchung von im Eiter eingebetteten Organismen der Haut stets zuerst zu berücksichtigen ist.

Nach dem Jod ist hauptsächlich das Tannin als Färbungsmittel für das Methylenblau wichtig geworden. Zunächst die Entfärbung in konzentrierter, einfacher Tanninlösung, sodann in der Tannin-Orangelösung und Tannin-Säurefuchsinlösung.[7] Mittelst derselben sind die Eiterorganismen allerdings nicht, dagegen die so schwer färbbaren Streptobacillen des weichen Schankers darstellbar, besonders gut mit der Tannin-Orange-Lösung. Ausgezeichnet bewähren sich diese Methoden sodann natürlich auch für Gewebe mit Milzbrandbacillen und Erysipelkokken. Endlich besitzen dieselben noch einen eigentümlichen Vorzug, wenn man sich der von mir vorgeschlagenen und seit zwei Jahren für diese Zwecke ausschliefslich gebrauchten, polychromen Methylenblaulösung[8] zur Färbung bedient. Dieselbe enthält aufser dem Methylenblau noch Methylenviolett und Methylenrot und giebt daher leicht metachromatische Färbungen, wenn in geeigneter Weise entfärbt wird. Die Tanninentfärbung fixiert nun auf gewissen Substanzen (Keratin, Fibrin, roten Blutkörperchen, sauren Kernen) das Methylenviolett, auf anderen das Methylenrot in

[6] Jod 0,2 + Eosin 0,1 + Alcohol absolutus ad 100, vorrätig bei Grübler (Leipzig).

[7] Die Tannin (33%) + Wasserblau- (2%), die Tannin- (33%) + Goldorange (2%) und die Tannin- (33%) + Säurefuchsin- (1%) Lösung sind vorrätig bei Grübler (Leipzig).

[8] Vorrätig bei Grübler (Leipzig).

elektiver Weise, und unter letzteren giebt es auch einige Bacillenarten, nämlich die Tuberkel- und Leprabacillen.[9] Die Neigung dieser Bacillenarten, Methylenblau aufzunehmen, ist bekanntlich überhaupt nicht grofs, am schwächsten bei den Leprabacillen. Vielleicht beruht sie nur auf der Verwandtschaft zum Methylenrot, welches die Färbung mit Methylenblau vermittelt. Denn wenn man Schnitte, die mit polychromer Methylenblaulösung überfärbt sind, in konzentrierte Tanninlösung bringt, so wird diesen Bacillen alles Blau entzogen und nur das Methylenrot fixiert,[10] so dafs sie rot auf blauem Grunde erscheinen (einzeitige Doppelfärbung). Wohlgemerkt, haftet diese Eigenschaft der Bacillen nur am Bacillenfaden, während die „Coccus"form derselben Bacillen durchaus die Gentiana-Jodfarbe verlangt. Diese Teile der Bacillen haben eben ganz verschiedene chromochemische Eigenschaften.

Die Möglichkeit, auf die angeführte Weise gleichzeitig gewisse Organismen anderer Konstitution zu färben, ist einer von vielen Gründen für mich, die polychrome Methylenblaulösung bei der Färbung von Schnitten definitiv allen anderen Methylenblaulösungen vorzuziehen. Wo es sich um Tuberkel- und Leprabacillen handelt, die das Methylenrot fixieren, wird man natürlich die einfache Methylenblau-Tannin-Methode oder die Methylenblau-Tannin- + Orange-Methode gebrauchen, wo dagegen Organismen in Frage kommen, welche das Methylenblau festhalten, wie Milzbrandbacillen und Erysipelkokken, benutzt man entweder die letztgenannte oder die Methylenblau-Tannin- + Säurefuchsin-Methode.

An diese nach der gewöhnlichen Alkohol-Ölbehandlung ausgeführten Tanninfixierungen schliefst sich als eine sehr bequeme und vielfach verwendungsfähige Tanninfixierung die im vorigen Artikel beschriebene an, welche mit der komponierten Anilinmischung: Salpetersäure + Tannin + Eosin ausgeführt wird. Sie ist, wie dort schon angegeben, nicht nur für Spaltpilze in serösen Krusten, sondern auch für Milzbrandbacillen und Erysipelkokken in der Cutis brauchbar, weniger allerdings für in Eiter eingebettete Staphylokokken und gar nicht für Lepra- und Streptobacillen. Da die Anilinmischung das Entfärbungsmittel (Salpetersäure), das Fixativ (Tannin), die Gegenfarbe (Eosin) und das Entwässerungsmittel (Anilin) gleichzeitig enthält, so giebt sie eine der bequemsten und schnellsten Methoden, um Spaltpilze in der Cutis darzustellen.

Aufser den Jod- und Tanninbeizen für Methylenblau möchte ich weiter das rote Blutlaugensalz hervorheben. Die in polychromer Methylenblaulösung gefärbten Schnitte werden in einer 1%igen Lösung von rotem

[9] Unna, Eine neue einzeitige Doppelfärbung für Lepra- und Tuberkelbacillen. *Monatsh. f. prakt Derm.* 1893. Bd. 16. pag. 399.

[10] Ebenso bei Entfärbung mittelst Arsensäure, Seife, roten Blutlaugensalzes, Eisenvitriols, der Chromsäure, Chromate und des Jods; doch ist die gleichzeitige Fixierung des Methylenrots hier meistens schwächer.

Blutlaugensalz sofort violett umgefärbt, und der Farbstoff wird gleichzeitig stark auf dem Gewebe fixiert. Die Entfärbung auf Mikroorganismen nimmt man am besten in einer Mischung von Anilin und Salpetersäure oder Salzsäure vor. Es genügt eine Lösung von 1‰iger konzentrierter Salpetersäure oder Salzsäure in Anilin. Nach rasch vollendeter Entfärbung werden die Schnitte mit Xylol abgespült. Die meisten Organismen sind bei dieser Methode violett gefärbt, Lepra- und Tuberkelbacillen rot.

Endlich füge ich den guten Methylenblaufärbungen für Organismen der Cutis noch die aus den vorhergehenden Artikeln bekannte Methylenblau-Glycerinäthermischungs-Methode an.

Die Aufnahme dieser letzten beiden Methoden verfolgt speziell den Zweck, eine gute Protoplasmafärbung neben der Färbung der Organismen zu erreichen, und dieser Punkt ist wichtig genug, unsere Aufmerksamkeit noch einen Augenblick in Anspruch zu nehmen. Im allgemeinen hat man bisher die Untersuchung auf Organismen und auf Gewebsveränderungen an getrennten und verschieden gefärbten Schnitten vorgenommen. Die Kontrastfärbung bestand fast immer nur in einer Kernfärbung und hatte lediglich den Zweck, rasch über die Lage der Organismen im Gewebe zu orientieren. Eine genauere Untersuchung der geschädigten Gewebe an den auf Organismen gefärbten Schnitten selbst, eine Konfrontierung der Organismen mit ihren Läsionen, war gewöhnlich nicht möglich. Den ausgezeichneten Gentiana-Jod-Methoden wird gewöhnlich eine Cochenille- oder Karminvorfärbung gegeben, doch — abgesehen von der besprochenen, geringen Schädigung derselben durch die Jodierung — genügt dieselbe selten, um über feinere Degenerationen, als sie der Kernschwund und die Nekrose sind, Aufschluſs zu geben. Auch die Fuchsinmethoden sind ausgezeichnete Kernfärbungsmethoden. Hier bewirkt die von mir eingeführte Tanninentfärbung aber doch schon die Mitfärbung gewisser wichtiger Substanzen, wie des Fibrins und Elacins. In diesem Punkte werden aber beide Farbstoffe von dem Methylenblau weit übertroffen, welches neben den Mikroorganismen eine ganze Fülle von Gewebsveränderungen zu studieren erlaubt. Aus diesem Grunde habe ich auch die Methylenblaumethoden numerisch entschieden bevorzugt. Die Tanninentfärbungsmethoden stellen nicht bloſs gleichzeitig Fibrin und Elacin dar, sondern enthüllen merkwürdige Differenzen unter den Kernen, auf die ich kürzlich bereits aufmerksam gemacht habe,[11] färben die Blutkörperchen an und zeigen — im Gegensatz zur Weigertschen Fibrindarstellung — eine noch wenig beachtete, körnige Fibrinabscheidung in serösen und fibrinösen Exsudaten und bei Blutungen. Sie sind daher unter anderen besonders zum Studium der infektiösen

[11] Zur Kenntnis der Kerne. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895. Bd. XX. pag. 597.

Purpuraerkrankungen zu empfehlen. Die Veränderungen des Protoplasmas und der Intercellularsubstanzen, besonders des kollagenen Gewebes, zu studieren, erlauben dagegen die Entfärbungen mittelst Glycerinäthermischung und roten Blutlaugensalzes. Besonders auf die letztgenannte Methode möchte ich noch einmal für die Untersuchung des Erysipels, des Milzbrandes und ähnlicher infektiöser Prozesse verweisen.

Im folgenden gebe ich die genaueren Formeln derjenigen zwölf Methoden, welche ich nach dem bisher Besprochenen für die meisten bisher bekannten Organismen der Haut vor allen anderen empfehlen kann, und stelle sodann in einer Tabelle ihr verschiedenes Verhältnis zu den einzelnen Organismen übersichtlich zusammen.

Färbemethoden für Mikroorganismen im Hautgewebe.

A) Gentianaviolett.

Methode I.

1. Pikrocochenillelösung: 1/2 Stunde.
2. Wasser. Von nun an immer auf dem Objektträger:
3. Konzentrierte Gentiana-Anilinwasser-Lösung: 2 Minuten.
4. Abspülung mit Wasser und Abtrocknen mit Löschpapier.
5. Lösung von KJ und H_2O_2: 1 Minute.
6. Abtrocknen.
7. Anilinöl: 5 Minuten.
8. Xylol, Balsam.

Methode II.

(Schnellfärbung auf dem Objektträger.)

1. Konzentrierte Gentiana-Anilinwasser-Lösung: 5 Minuten.
2. Abtrocknen.
3. Wässerige Lösung von KJ (5%) + J (0,5%) + Eosin (0,1%) (Grübler): 2 Minuten.
4. Abtrocknen.
5. Entfärbung und Entwässerung mit Anilin + salzsaurem Anilin (1%): 2 Minuten.
6. Anilin, Xylol, Balsam.

B) Fuchsin.

Methode III.

1. Karbolfuchsinlösung (Ziehl oder Czaplewsky): 1 Minute.
2. Wasser.
3. Tannin-Orange-Lösung (Grübler): 2 Minuten.
4. Wasser.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Methode IV.

1. Karbolfuchsin: 1 Minute.
2. Wasser.
3. Tannin + Wasserblau (Grübler): 5 Minuten.
4. Wasser.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Methode V.

1. Beliebige gute Hämateinlösung: 10 Minuten.
2. Wasser.
3. Karbolfuchsin: 1 Minute.
4. Wasser.
5. Tannin + Orange (Grübler): 2 Minuten.
6. Wasser.
7. Alkohol, Öl, Balsam.

C) Methylenblau.

Methode VI.

1. Polychrome Methylenblaulösung: 2 Minuten.
2. Wasser.
3. Absoluter Alkohol + 0,2% Jod + 0,1% Eosin[12]: 2 Minuten.
4. Alkohol, Öl, Balsam.

Methode VII.

(auch für basophiles Kollagen, Elacin, Fibrin.)

1. Polychrome Methylenblaulösung: 5 Minuten.
2. Wasser.
3. Konzentrierte wässerige Tanninlösung: 1 Minute.
4. Wasser.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Methode VIII.

(auch für basophiles Kollagen, Elacin, Fibrin.)

1. Polychrome Methylenblaulösung: 5 Minuten.
2. Wasser.
3. Tannin + Orange: 1 Minute.
4. Wasser.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

---

[12] Vorrätig bei Grübler (Leipzig).

Methode IX.

(auch für basophiles Kollagen, Elacin, Fibrin.)

1. Polychrome Methylenblaulösung: 5 Minuten.
2. Wasser.
3. Tannin + Säurefuchsin: 2 Minuten.
4. Wasser.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Methode X.

(Schnellfärbung auf dem Objektträger.)

1. Polychrome Methylenblaulösung: 2 Minuten.
2. Abtrocknen.
3. Anilin + HNO_3 (1‰) + Tannin (1%) + Eosin (1‰)[18] 5—8 Minuten.
4. Anilin, Xylol, Balsam.

Methode XI.

(auch für Elacin, Fibrin, Keratohyalin, Muskeln.)

1. Polychrome Methylenblaulösung: 5 Minuten.
2. Wasser.
3. 1%ige Lösung von rotem Blutlaugensalz: 1 Minute.
4. Wasser.
5. Alkohol absolutus bis zur Entwässerung.
6. Anilin + 1‰ Salzsäure: 1 Minute.
7. Xylol, Balsam.

Methode XII.

(auch für Protoplasma, Mitosen und Mastzellen.)

1. Polychrome Methylenblaulösung: 5 Minuten.
2. Wasser.
3. Stark verdünnte Glycerinäthermischung: 5 Minuten.
4. Gründliche Abspülung in Wasser.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

In der unten folgenden Tabelle habe ich diese zwölf Methoden nach ihrem Werte für die fünf verschiedenen Organismen tabellarisch zu ordnen versucht. Drei Kreuze bedeuten darin eine tadellose Darstellung, zwei Kreuze eine bedingungsweise und ein Kreuz eine weniger gute Darstellung, während die Null die Unbrauchbarkeit der Methode für den betreffenden Organismus bezeichnet. Es geht aus dieser Tabelle hervor, daß nur eine ganz universell brauchbare, weil auf alle fünf Organismen anwendbare Methode existiert, die Methylenblau-Tannin

[18] Vorrätig bei Grübler (Leipzig).

+ Orange-Methode (VIII); sie stellt so verschieden konstituierte Organismen, wie Milzbrandbacillen und Streptobacillen, gleich gut dar und läfst trotz der starken Mitfärbung der Kerne auch die Eiterorganismen, wenn auch weniger gut, hervortreten. Etwas weniger universell, aber doch für die meisten Fälle sehr brauchbar und ungemein einfach sind: die Methylenblau-Jod + Eosin-Methode (VI), die Methylenblau-Salpetersäure + Tannin + Eosin + Anilin-Methode (X) und die Methylenblau-Glycerinäthermischung-Methode (XII); sie liefern ausgezeichnet gute und klare Übersichtsbilder der Organismen. Dann erst folgen die (auch für Tuberkelbacillen brauchbaren) ebenfalls höchst einfachen Fuchsinmethoden (III, IV, V). Eine der Gentianamethoden mufs stets als Kontrolle nebenher angewandt werden; sie sind auch dann wichtig, wenn sie negativ ausfallen. Für die meisten Fälle, wo es sich um Aufsuchung noch unbekannter Organismen im Hautgewebe handelt, wird sich mithin eine Färbung in drei Richtungen empfehlen, eine mit jedem Farbstoff; etwa Methode: I, III und VI, oder II, IV und VIII. Die genauere Untersuchung der Gewebsläsionen erfordert stets auch die Ausführung der Methoden: VII, IX, XI und XII.

Überblicken wir dieselbe Tabelle in der Richtung von oben nach unten, so zeigt sich, dafs die Erysipelkokken die am leichtesten gut färbbaren Organismen von allen sind, da die hier angeführten Methoden sie fast alle ausgezeichnet gut darstellen. Ihnen folgen die Milzbrandbacillen, doch ist hier die Schnellfärbung mit Gentiana (II) bereits nicht gut anwendbar, da die Mischung von Anilin und salzsaurem Anilin die Bacillen ziemlich stark entfärbt — ein Umstand, der dieselbe Methode auch für Lepra- und Tuberkelbacillen unbrauchbar macht, während dieselbe Anilinmischung die verschiedenen Kokken vorzüglich hervorhebt. Es folgen in der Leichtigkeit der Darstellung die Lepra-, resp. Tuberkelbacillen; neben sechs guten Methoden (I, III, IV, V, VII, VIII) finden sich sechs mehr oder weniger unbrauchbare. Die an und für sich so leicht tingiblen Staphylokokken finden sich wegen ihrer Umpackung mit den stark tingiblen Eiterkernen hier erst an vierter Stelle mit nur fünf guten Methoden (I, II, VI, X, XI). An letzter Stelle stehen begreiflicherweise die Streptobacillen (resp. Rotzbacillen) mit nur zwei guten Methoden (VII und XII).

Insbesondere möchte ich das Augenmerk der interessierten Kollegen noch einmal auf die sehr praktischen und weniger bekannten Fixierungen mit Tannin (III, IV, V, VII, VIII, IX, X) und mit rotem Blutlaugensalz (XI) richten. Dieselben verdienen entschieden mehr als bisher bekannt zu werden.

Ich schliefse mit diesem Artikel die Reihe der technischen Übersichtsartikel, die sich in dieser Zeitschrift unmittelbar an die

Herausgabe meiner *Histopathologie der Haut* anschlofs, und betone dabei noch einmal, dafs alle hier gegebenen Methoden zunächst **nur für die Haut** Gültigkeit beanspruchen und bei ihrer Übertragung auf andere Organe selbstverständlich entsprechend modificiert werden müssen.

Tabelle über den Wert der einzelnen:

Färbemethoden für die Mikroorganismen im Hautgewebe	Milzbrandbacillen	Staphylokokken	Leprabacillen [1]	Erysipelkokken	Streptobacillen
I. Cochenille-Gentiana-Jod-Anilin-Methode	+++	+++	+++	+++	0
II. Gentiana-Jod + Eosin-Anilin + salzsaure Anilin-Methode	+	+++	+[5]	+++	0
III. Fuchsin-Tannin + Orange-Methode	+++	0	+++	+++	0
IV. Fuchsin-Tannin + Wasserblau-Methode	+++	0	+++	+++	0
V. Hämatein-Fuchsin-Tannin + Orange Methode	++	++	+++	+++	0
VI. Methylenblau-Jod + Eosin-Methode	+++	+++	++[3 5]	+++	0
VII. Methylenblau-Tannin-Methode	+++	0	+++[2]	+++	+++
VIII. Methylenblau-Tannin + Orange-Methode	+++	+	+++[2]	+++	++
IX. Methylenblau-Tannin + Säurefuchsin-Methode	+++	0	0	+++	+
X. Methylenblau-Salpetersäure + Tannin + Eosin + Anilin-Methode	+++	+++	+[3 5]	+++	0
XI. Methylenblau-rotes Blutlaugensalz-Anilin + Salzsäure Methode	+++	+++	++[4 6]	+++	0
XII. Methylenblau - Glycerinäthermischung-Methode	+++	++	0	++	+++

[1] Die Leprabacillen und Tuberkelbacillen, erfordern überall — statt der in dem Formular angegebenen Minutenzahl — wenigstens ½ Stunde zu ihrer Färbung (mit allen drei Farben) und eine entsprechend längere Entfärbung.
[2] Die Leprabacillen sind rot.
[3] Die Leprabacillen sind blau.
[4] Die Leprabacillen sind violett.
[5] Gloea gut, Bacillen nicht gut gefärbt.
[6] Bacillen schwach gefärbt, Coccothrix-Struktur ausgezeichnet gut.

Aus der Universitätsklinik für Haut- und syphilitische Krankheiten in Siena.
(Prof. Barduzzi).

Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen an einem Falle von Harnröhrentripper mit Gelenks- und Hautaffektionen.

Beitrag zur Pathogenese dieser Lokalisationen.

Von

Dr. P. Colombini.

Die noch bis auf die jüngste Zeit gültigen Begriffe von der Natur und dem Wesen des blennorrhoischen Prozesses weichen mit jedem Tage neueren Anschauungen.

Die Blennorrhoe wurde in raschester Aufeinanderfolge bald als gewöhnliche, nicht-virulente, lokale Entzündung, bald als spezifische, parasitäre Krankheit, bald wieder als Leiden lokalen Ursprungs, das sich zu einer Allgemeinerkrankung ausbilden könne, angesehen. Der Metastasentheorie, die einige begleitenden Erscheinungen des blennorrhoischen Prozesses erklären sollte, folgte die Hypothese der Gonämie, der Blutverunreinigung durch den Krankheitsprozefs selbst.

Wenn auch der Fortschritt unserer Erkenntnis dieses so wichtigen Kapitels venerischer Krankheiten in jüngster Zeit unleugbar grofs ist, mufs doch zugestanden werden, dafs die Beurteilung dieses so komplizierten Krankheitsbildes noch nicht gereift sei, da vieles noch der Erklärung harrt und Forschungsergebnisse, die man als Thatsachen hinzustellen geneigt ist, noch bestritten werden.

Unter den Erscheinungen, welche nicht selten im Gefolge einer Blennorrhoe auftreten, sind es namentlich die Gelenks- und Hautaffektionen, deren Pathogenese widersprechender Forschungsresultate wegen nicht festgestellt ist. Dem Grundsatze folgend, dafs jeder Beitrag zur Erkenntnis zweifelhafter Fragen erwünscht sei, will ich in folgendem die Ergebnisse meiner Untersuchungen, einen interessanten Fall unserer Klinik mit Harnröhrentripper und konkomitierender Gelenks- und Hautaffektion betreffend, mittheilen.

Ich schicke die Krankengeschichte voraus.

R. Domenico, 33 Jahre alt, ledig, Fafsbinder in Siena, wurde am 14. November 1893 in unsere Klinik aufgenommen. (Bett 190.)

Patient war schon früher, und zwar im Spätsommer 1889, in unserer Klinik mit Harnröhrentripper, rechtsseitiger Nebenhodenentzündung und blennorrhoischer Arthritis in Behandlung. (Bett 225.) Er suchte zu jener Zeit daselbst Hülfe, da ihm die genannten Tripperkomplikationen seinem damaligen Beruf als Stadtnachtwächter ob-

zuliegen unmöglich machten. Er verliefs am 2. September 1889 in merklich gebessertem Zustande die Klinik und wurde in der Folge durch fortgesetzte Anwendung verschiedener Mittel auch von seinem Tripper vollständig befreit.

Während dieses ersten Harnröhrentrippers litt der Kranke an schwerer blennorrhoischer Arthritis, doch ohne irgend welche Erscheinungen seitens der Haut. Diese Angabe des Kranken ist sowohl durch die klinische Krankengeschichte, als auch durch den Bericht an die Direktion des Krankenhauses bestätigt. Es mufs hier hervorgehoben werden, dafs in dem letzteren (R. 1888—89, pag. 534) ausdrücklich angegeben ist: „der Harnröhrentripper, bei dem jede krankhafte Alteration der Haut fehlte, wurde auch mit dem Electuarium von Diday behandelt." Der Kranke bekräftigt dies und versichert, dafs damals trotz langer Behandlung mit dem genannten Mittel keinerlei krankhafte Erscheinungen auf der Haut zu Tage traten. Ich selbst versicherte mich dieser Thatsache. Seit jener Zeit wurde Patient von keiner anderen venerischen Krankheit befallen; erst am 20. Oktober 1893, und zwar drei Tage nach vorangegangenem Coitus, bemerkte er, dafs er einen frischen Tripper acquiriert hatte. Anfangs ging Patient, unbekümmert um sein neues Leiden, seinem schweren Berufe nach, doch als sich das Übel verschlimmerte, suchte er Hülfe am 13. November in der städtischen Ambulanz und liefs sich auf meinen Rat am 14. wieder in die Klinik aufnehmen.

Der Tripper hatte zu dieser Zeit den Höhepunkt erreicht: es waren demnach sämtliche Erscheinungen des akuten Stadiums vorhanden. Aus der Harnröhre quoll reichlich ein dickes, eiteriges, gelb-grünlich gefärbtes Sekret, in welchem ich mikroskopisch Gonokokken von Neisser in grofser Zahl nachweisen konnte.

Seit vier Tagen (10. November) empfand der Kranke bereits, namentlich bei Bewegungen, Schmerzen im linken Knie und später auch im linken Tibio-Tarsalgelenke. Als er am 13. November mühsam die Ambulanz aufsuchte, begann auch das rechte Kniegelenk empfindlich zu werden. Der Kranke giebt an, gleichzeitig mit der rapid zunehmenden Schwellung des linken Kniegelenkes abendliche Temperaturerhöhungen verzeichnet zu haben, die aber von keinem Schüttelfrost begleitet waren.

Die klinische Untersuchung ergab: Schwellung des linken Kniegelenkes, Verstrichensein der Grübchen zu beiden Seiten der Kniescheibe, Dehnung des oberen Schleimbeutelansatzes, leichte Beugung der Extremität zur Hüfte und geringe Auswärtsdrehung. Die Haut normal, kein Ödem. Bei der Palpation des Kniegelenkes fühlte man deutliche Fluktuation, ein Schwappen der Kniescheibe und leichte Temperaturerhöhung. Der Kranke hatte bei ruhiger Lage keine Schmerzen, doch entwickelten sich diese sofort bei Druck aufs Kniegelenk und namentlich bei Bewegungen desselben. Am linken Tibio-Tarsalgelenke war keine Schwellung wahrzunehmen, hingegen waren am rechten Kniegelenke die nämlichen Erscheinungen wie am linken, wenn auch in leichterem Grade, objektiv nachweisbar. Temperatur am 14. November um 10½ vormittags 38°. Der Kranke beklagt sich über Brustdrücken, Appetitmangel, Melancholie, allgemeines Übelbefinden und heftigen Kopfschmerz. Die Zunge ist namentlich am Grunde stark belegt. Ordination: Absolute Ruhe, ein leichtes Abführmittel.

Die allgemeinen Erscheinungen steigern sich gegen Abend; Temperatur 40,8°; der Kranke erhält einen Eisbeutel auf den Kopf. Der Kranke verbringt eine schlaflose, äufserst unruhige Nacht und klagt über heftigen Kopfschmerz und Glühen der Haut. Am 15. morgens wird an der ganzen Körperoberfläche, mit Ausnahme weniger begrenzter Stellen, ein scharlachartiger Ausschlag von lebhaft roter Farbe konstatiert, der am 16. noch viel vollständiger und intensiver in Erscheinung tritt. Er verbreitet sich gleichmäfsig über Gesicht, Hals, Rumpf, obere und untere Extremitäten, stets in hochroter Farbe, nur stellenweise weniger markant. Tiefrote Färbung zeigt auch die Haut des Rückens, der Armbeugen und der Kniee. Nur geringe und begrenzte Hautstellen sind frei vom

Ausschlage; zu diesen gehören wenige und kleine Stellen am Unterleib, an den Handflächen und Fufssohlen. Das intensivste Rot findet sich auf der Haut der Gelenke, des Hand- und Fufsrückens. Auf Druck verschwindet die Röte momentan, um nach Ausbleiben desselben sehr rasch wiederzukehren. Jucken fehlt fast ganz; Patient klagt blofs, namentlich des Nachts, über leichtes Stechen. Diffuse Rötung zeigt auch die Schleimhaut des Rachens, des weichen Gaumens, der Lippen, der Zunge, besonders an ihrer Spitze, und die Bindehaut. Die Milz ist deutlich vergröfsert, ihre vordere Dämpfungsgrenze überschreitet um circa 1 cm die vordere Axillarlinie. In dem in 24 Stunden gesammelten Urin finden sich Spuren von Eiweifs vor. Wie bereits erwähnt, erreichte das eben beschriebene Hauterythem am 16. November seinen Höhepunkt; von diesem Zeitpunkte an begannen sowohl die allgemeinen Erscheinungen, als auch das Fieber abzunehmen. Um die eigentliche und natürliche Entwickelung des Krankheitsprozesses studieren zu können, nahm ich mir vor, dessen Verlauf durch keinerlei medikamentöse Intervention zu beeinflussen.

Am 19. November war der Allgemeinzustand des Kranken sehr gebessert, die Abendtemperatur auf 38,2° gesunken, die Hautröte im Verblassen, hie und da gänzlich im Verschwinden begriffen, auch die Gelenksaffektion bedeutend gemildert. Am 21. November war die Hautröte bis auf einige am Rumpf und an den Extremitäten zerstreute, papelförmige Stellen verschwunden.

Am 24. November war keine Spur der Hautröte aufzufinden, hingegen eine reiche Abschuppung der Epidermis, namentlich am Rumpfe, zu konstatieren. Patient war fieberfrei, sein Allgemeinbefinden, Appetit und Kräftezustand auf dem Wege zunehmender Besserung. Nur im Gesichte und an den Extremitäten des Kranken stellten sich zahlreiche und ineinanderfliefsende, miliäre Bläschen ein, während am Rumpfe, wo die roten Papeln zahlreicher (wenn auch nicht in allzu grofser Menge) erschienen waren, die Abschuppung besonders in den folgenden Tagen am stärksten vor sich ging.

Während all dieser Zeit waren an der Sekretion aus der Harnröhre gar keine Veränderungen wahrzunehmen. Um mich zu überzeugen, ob bei dem Kranken balsamische Mittel einen Hautausschlag irgend welcher Art erzeugen, reichte ich ihm, nach völligem Ablauf des eben beschriebenen polymorphen, blennorrhoischen Erythems, ein Electuarium aus Cubeben und peruvianischem Balsam, liefs ihm aber gleichzeitig zur Behebung des Harnröhrentrippers Injektionen von permangansaurem Kalium machen und behandelte auch die Gelenksaffektionen mittelst Entleerung des Exsudates, über die ich noch später sprechen werde, Immobilisierung und Kompression des Gelenkes und nachfolgender Massage.

Während durch den Gebrauch des genannten Electuariums, das bis Mitte Dezember dargereicht wurde, gar keine Hautmanifestationen hervorgerufen wurden, erlangte ich die Resorption des Exsudates im erkrankten Gelenke und führte die vollständige Heilung des Harnröhrentrippers mittelst der früher gedachten Einspritzungen herbei, so dafs Patient am 22. Dezember 1893 die Klinik genesen verlassen konnte.

Am 16. November, d. i. am siebenten Tage der Gelenkserkrankung und am zweiten Tage des Hauterythems, also zur Zeit, da die Gesamterscheinungen am heftigsten waren, führte ich zur Sicherstellung, ob in diesem Falle manifester Gesamtinfektion sich der Gonococcus in der Gelenksflüssigkeit und im Blute vorfinden werde, die bakteriologische Untersuchung beider in folgender Weise aus:

Nach skrupulösester Antisepsis des Knies drang ich mit dem Troikart des Aspirateurs von Potain, der vorher aufs genaueste sterilisiert wurde,

in das Gelenk ein und entnahm demselben eine entsprechende Menge von Flüssigkeit, die ich in gleichfalls sterilisierten und wohlverschlossenen Gefäfsen aufbewahrte. Die Flüssigkeit war dicklich, gelblich-grün, trübe, faserig, enthielt faserig-eiterige Flocken, die nach Stehenlassen derselben einen ziemlich reichen weifslichen Niederschlag bildeten. Das Exsudat hatte eine ausgesprochene alkalische Reaktion. Nach Entleerung desselben wusch ich die Gelenkshöhle mit 3%iger Borsäurelösung von einer Temperatur von ca. 40° aus. Die mikroskopische Untersuchung des entnommenen Exsudates ergab Fibrinfasern, wenige rote Blutkörperchen, viele Eiterkörperchen und amorphe Körnchen. In einigen der zahlreich angefertigten Präparate konnte ich im Innern mehrerer Eiterkörperchen seitlich plattgedrückte Diplokokken beobachten. Die Diplokokken färbten sich mit den gebräuchlichen Anilinfarben und entfärbten sich nach der Methode von GRAM. Die Färbung mit diesen wässerig alkoholischen Anilinfarben war in einigen Diplokokken intensiv, in anderen, trotz gleicher Disposition und Form, weniger gleichmäfsig und stark.

Die zahlreichen Kulturen in einfachem und Glycerinpepton-Bouillon, in einfachem und Glycerin-Agar-Agar, in 10%iger Gelatine sowohl in Eprouvetten, als auch in den Kammern von PETRI und nach der gewöhnlichen Methode von KOCH ausgeführt, die ersteren bei 37°, die Gelatine bei 18°—20° in den Brutöfen gehalten, ergaben keine Entwickelung von Kolonien, die Züchtungsmittel blieben absolut steril. Die Beobachtung dieser Kulturnährböden wurde durch ca. 15 Tage fortgesetzt.

Gleichzeitig aber mit der Inokulation in dieselben, impfte ich auch das dem Gelenke entnommene Exsudat in die Nährmischung von WERTHEIM (Menschenblutserum und Agar 1 : 3), in solidifiziertes Ochsenblutserum und in Lammserum ein. So verschaffte ich mir verschiedene Plattenkulturen, sei es durch Streichen, sei es durch Mischung des Exsudates mit den noch flüssigen Nährmitteln bei einer Temperatur von 37° und auch in Eprouvetten mit denselben Nährmitteln geneigt gleich dem Mundstücke einer Flöte. Hierauf brachte ich all diese Kulturen in Brutöfen bei 35°.

Nur in den Kulturen, welche auf Platten und in Eprouvetten nach WERTHEIMS Methode hergestellt wurden, begannen sich nach circa 24 Stunden auf der Oberfläche des Nährbodens zahlreiche, kleine, punktförmige Kolonien zu entwickeln, die durchsichtig, isoliert, hie und da zerstreut waren und kleinen Tautropfen glichen. Nach 48 Stunden erschienen dieselben einigermafsen vergröfsert, zahlreicher und breiter, als tags vorher, aber immer durchsichtig, besonders bei durchfallendem Sonnenlichte, und regelmäfsig, sphärisch eingesäumt. Man konnte auch das Auftauchen anderer, kleiner, am vorangegangenen Tage nicht gesehener Kolonien wahrnehmen. In den Kulturen, die durch Mischung des Knie-

gelenksexsudates mit dem flüssigen Nährmittel gewonnen wurden, sah man zahlreichere kleine, punktförmige Kolonien, die mit bloſsem Auge in dem dichten Nährsubstrat kaum bemerkt werden konnten. Bei geringer Vergröſserung gewahrte man eine wenig umfangreiche, körnige, gelbliche Masse mit unregelmäſsigen Hervorwölbungen auf der Oberfläche, die wie Zacken gegen die Peripherie ausliefen.

Eine weitere Entwickelung dieser Kolonien fand jedoch nicht statt, ja dieselben schienen sogar zarter zu werden und bis zu einem gewissen Grade einzutrocknen. Es gelang aber, durch neue Impfungen frische Kolonien zu gewinnen, doch dies nur im Nährmittel von Wertheim. Wiewohl ihre Entwickelung stets nur spärlich war, konnte ich doch in sieben aufeinanderfolgenden Versuchsreihen positive Resultate erreichen.

In den beiden anderen Nährmitteln (Ochsenblutserum und Lammserum) entwickelten sich keine Kolonien.

Ich fertigte aus dem Materiale der Kolonien zu verschiedener Zeit ihrer Entwickelung Präparate an und konnte, namentlich an den jüngeren Kolonien entnommenen, Kokken beobachten, die zu Paaren einander mit den Flächen gleich Biskuits zugekehrt und bald gröſser, bald kleiner waren. Ich fand aber auch Kokken zu vieren, neben anderen, die einzeln nebeneinanderlagen; dies namentlich, wenn das Material von älteren Kolonien herrührte. Die Kokken, besonders die ersteren, nahmen sehr deutlich die gewöhnliche Anilinfärbung an und entfärbten sich nach der Methode von Gram.

Da ich ein hinlänglich reiches Material von reinen Kulturen zur Verfügung hatte, führte ich damit an Tieren und Menschen Impfungen aus, um so die direkte Verkettung zwischen den experimentellen Ergebnissen und der pathogenetischen Fähigkeit eines vorhandenen Mikroorganismus zu schaffen.

Ich wollte demnach, um jeden möglichen Einwand gegen die mikroskopische und bakteriologische Diagnose des Gonococcus als spezifisches und ausschlieſsliches Element der Gelenksentzündung zu beseitigen, die Einimpfung desselben in zwei Männer unserer Klinik, die ob anderer Krankheiten daselbst in Behandlung standen, gleichwie in Tiere vornehmen und injizierte in die Harnröhre der einen und anderen ein Material, das ich der vierten, fünften, sechsten und siebenten Generation der von mir gezüchteten Mikrokokken entnommen habe.

Die beiden Individuen, deren ich mich zu meinem Experimente bediente, standen im Alter von 20 und 30 Jahren. Der eine war nie mit venerischer Krankheit behaftet gewesen, der andere hatte vor mehreren Jahren ein Ulcus molle. Beide hatten seit mehr denn einem Monate keinen Coitus ausgeübt, beider Harnröhren und Geschlechtsteile befanden sich in vollständig normalem Zustande. Ich wusch beiden reichlich

Eichel und Harnröhrenlippen mit sterilisiertem Wasser und deponierte mittelst Platinöse in der schiffförmigen Grube des einen auf die Urethralschleimhaut eine kleine Quantität des Materiales von Kulturen der fünften Generation, auf die des anderen an gleicher Stelle eine ebensolche Quantität von Kulturen der siebenten Generation und empfahl beiden, sich möglichst lange des Urinierens zu enthalten, was in der That durch mehrere Stunden geschah.

Schon nach zwei Tagen beim ersten und nach drei Tagen beim zweiten entwickelte sich ein spezifischer Harnröhrenkatarrh mit allen Kennzeichen einer gewöhnlichen Blennorrhoe. Im Sekrete waren zahlreiche Mikrokokken in Eiterzellen eingeschlossen nachweisbar, die genau die Charaktere des Gonococcus und dessen Verhalten zu Färbemitteln (Färbung mit Anilinfarben, Entfärbung nach GRAM) zeigten. Nachdem ich den Patienten empfohlen, die Eichel stets mit sterilisierter, entfetteter Watte verbunden zu halten, sammelte ich, drei Tage nach Entwickelung des Entzündungsprozesses, das Sekret auf, impfte es in Gelatine, in Agar und in das Nährmittel von WERTHEIM ein und gewann nur in diesem letzteren Kolonien, die vollständig den oben beschriebenen glichen und die ausschliefsliche Gegenwart des Gonococcus darthaten, dessen Wachstum in den Kulturen mit seinen charakteristischen Eigenschaften Schritt hielt.

Die auf diese Weise künstlich erzeugten Urethritiden hatten den gewöhnlichen Verlauf wahrer und essentieller blennorrhoischer Harnröhrenentzündungen; die Kranken genasen nur nach lange fortgesetzter Behandlung mit Balsamen und antiseptischen Einspritzungen.

Ich wollte auch, wie bereits erwähnt, die Impfung an Tieren versuchen und brachte demnach mittelst Platinöse eine gewisse Menge des obgedachten Kolonienmateriales in die Harnröhre eines Hundes und in diejenige dreier Kaninchen. Tags darauf fand ich die Harnröhrenmündungen einigermafsen gerötet; zwei Tage später konnte ich auf Druck aus der Harnröhre des Hundes einen kleinen Tropfen, aus derjenigen der Kaninchen eine geringe Quantität weifslichen, schleimigen Sekretes entleeren. In beiden fand ich, wenn auch nicht sehr zahlreich, mitten in weifsen Blutkörperchen und Epithelzellen kleine Gonokokken von typischer Form, gewohnter Disposition und von bekanntem Verhalten gegen Färbemittel. Drei Tage später untersuchte ich wieder die Harnröhren dieser Tiere, konnte aber denselben weder ein Sekret entleeren, noch an ihrem Aussehen etwas Abnormes bemerken.

Als ich am 16. November dem Kniegelenke die Flüssigkeit entnahm, welche zu den eben beschriebenen Versuchen diente, suchte ich auch etwas Blut von dem Patienten zu gewinnen, dessen Krankheit im Höhestadium war, so dafs sie den gesamten Organismus zu betreffen schien und die Ansicht nahelegte, der Gonococcus sei in die Blutbahn gedrungen.

Nach vorausgeschickter Antisepsis der Haut verschaffte ich mir durch Punktion mittelst sterilisierter Nadel einige Tropfen Blutes, sowohl aus verschiedenen Körperteilen, als auch von der Haut der befallenen Gelenke, brachte sie in mehrere Eprouvetten mit Gelatine, Agar und Serum-Agar (Wertheim) und verfertigte auch hiervon zahlreiche mikroskopische Präparate, die in der früher angegebenen Weise gefärbt wurden. In keiner Eprouvette vermochte die Entwickelung von Kolonien beobachtet zu werden, trotzdem sie durch 15 Tage im Brutofen gehalten und täglich sorgfältig untersucht wurden. Auch die mikroskopische Untersuchung zahlreicher Präparate blieb absolut negativ. Bloſs in einem einzigen Präparate konnte ich im Innern eines Leukocyten einen Körper beobachten, der ganz einem Gonococcus ähnlich sah. Doch dieser Befund konnte bei weiteren, zahlreichen Untersuchungen nicht bestätigt werden; ich glaube, ihm deshalb nicht eine Bedeutung beimessen zu dürfen, die er wohl gehabt hätte, wenn er durch eine Reihe von Präparaten erhärtet worden wäre. Als am 24. November am Gesichte und an den Extremitäten des Kranken miliäre, zusammenfliefsende Bläschen zum Vorschein gekommen waren, wollte ich bakteriologisch auch deren Inhalt studieren.

Nach sorgfältig ausgeführter Antisepsis der Haut riſs ich mit einer Platinnadel einige Bläschen ein und brachte deren Inhalt in Glycerin, Agar und Serum-Agar (Wertheim), sowie auf Deckgläser, die ich in üblicher Weise färbte. Das Resultat, sowohl der Kulturen, als auch der mikroskopischen Präparate blieb absolut negativ.

Die erste und äufserst wichtige Thatsache, welche sich aus den bakteriologischen und Züchtungsversuchen, sowohl an der Gelenksflüssigkeit, als auch am Blute und an den Bläschengebilden, die während der Schlufsperiode der Krankheit erschienen waren, ergab, war die Konstatierung der Abwesenheit der gewöhnlichen Eiterungserreger und der ausschliefslichen Anwesenheit des Gonococcus in der Gelenkflüssigkeit (abgesehen von dem isolierten Befunde bei Untersuchung des Blutes), auf welchen als direkten kausalen Faktor jene blennorrhoische Synovitis zurückzuführen ist, sichtlich in pathogenetischer Beziehung zum Diplococcus von Neisser. Wenn mir die Blutuntersuchung kein deutliches, positives Resultat ergab, so will dies nicht sagen, dafs man berechtigt sei, a priori das Eindringen des Gonococcus in die Blutbahn auszuschliefsen. Ich glaube, hier nicht des weiteren auseinandersetzen und erklären zu müssen, wie und warum es vorgekommen ist, dafs einige Forscher im Gelenksexsudate die gewöhnlichen Eitererreger gefunden und demzufolge angenommen haben, dafs die blennorrhoische Synovitis von einer gemischten Infektion abhänge, die sich wohl ereignen kann, doch sicherlich nicht das Vorkommen einer wirklichen und reinen blennorrhoischen Synovitis, wie die von mir beobachtete, ausschliefst.

Ich glaube auch das Fehlen jedweden Mikroorganismus im Exsudate der blennorrhoischen Synovitis hier nicht eingehend besprechen zu müssen, wenngleich es des öfteren von verschiedenen Beobachtern angegeben wurde. Dies konnte vom Umstande abhängen, den JADASSOHN zuerst annahm, und den BURCI und RESPIGHI in jüngster Zeit als wahr bewiesen zu haben scheinen, nämlich, dafs in diesen sich dasselbe ereigne, was z. B. in den tuberkulösen Exsudaten, die in ihrem freien Inhalt pathogene Erreger in kleiner Zahl enthalten, die aber blos in den Elementen der Wandung der Eiterhöhlen eingenistet sind, und auch von einem anderen, meines Dafürhaltens nach sehr richtigem Umstande, nämlich von der raschen Involution, welcher der Gonococcus zweifellos anheimfällt und von dessen rapider Zerstörung, die weit gröfser im Bindegewebe und in den serösen Häuten, als in den Schleimhäuten ist (KAMMERER, WERTHEIM, BUMM, BURCI). Dafs diese Involution thatsächlich an Stellen sekundärer, blennorrhoischer Lokalisation stattfindet, leiten wir von der Entwickelung der Kolonien, die wir aus der Gelenksflüssigkeit gewonnen haben, ab und die viel langsamer vor sich ging, wenn die Kulturen direkt aus dem blennorrhoischen Eiter gezüchtet wurden, sowie von dem späten Erscheinen einiger derselben und von ihrer geringen Lebensfähigkeit. Eine solche Hypothese wird überdies durch die Thatsache unterstützt, dafs man das Fehlen des Gonococcus namentlich in denjenigen Fällen wahrnahm, in welchen die Untersuchung erst lange Zeit nach Auftreten der Krankheit vorgenommen wurde.

Ebenso glaube ich nicht eine spezielle Wichtigkeit dem Umstande zuschreiben zu müssen, dafs keine Gonokokken im Blute meines Kranken gefunden wurden, während manifeste Erscheinungen auf eine Allgemeininfektion hinwiesen. Dafs ich aber in unwiderlegbarer Weise den Gonococcus im Gelenkexsudate gefunden habe, deutet auf eine Metastase, die durch Infektionserreger bedingt wurde, hin. Dafs ich ihn nicht im Blute vorfand, kann in unserem Falle von vielen und verschiedenartigen Umständen abhängen, Wenn ich auch aus vielen Gründen der Ansicht bin, dafs der Weg, welchen der Gonococcus in der Regel durchläuft, derjenige der Lymphbahnen ist, so dürfte er manchmal infolge spezieller Bedingungen mittelst der Lymphbahnen auch in den Blutkreislauf gelangen und auf diese Weise und andere krankhafte Folgezustände hervorrufen. Der mikroskopische Befund aber der Mikroorganismen im Blute bietet immer spezielle Schwierigkeiten, die teils auf ihrer geringen Anzahl in den kleinen Blutquantitäten, die uns behufs Untersuchung zu Gebote stehen, teils auf der Schnelligkeit beruhen, mit welcher dieselben im Blute selbst modificiert oder zerstört werden. Ich will kein besonderes Gewicht dem Körper beilegen, den ich im Innern eines Leukocyten beobachtet und der ganz einem Gonococcus glich, denn dieser Befund ist

zu isoliert und würde nur vielfach bestättigt eine Bedeutung in Anspruch nehmen dürfen.

Der von mir angeführte Fall hat übrigens eine ganz spezielle Wichtigkeit, nicht so sehr wegen des nicht ungewöhnlichen Befundes einer blennorrhoischen Gelenkaffektion, als vielmehr durch die blennorrhoischen Erscheinungen, welche uns die Haut geboten. Von hohem Interesse bleibt jedenfalls der Befund des Gonococcus von Neisser im Gelenksexsudate, dem wir die volle genetische Bedeutung dieser Gelenksaffektion beimessen müssen, die bis in die jüngste Zeit von vielen Beobachtern widersprechender Befunde wegen verkannt wurde. Und wenn auch das Ergebnis dieser meiner Blutuntersuchungen keinen erläuternden Beitrag zur Ätiologie blennorrhoischer Hautaffektionen bietet, so dürften sie, vom klinischen Standpunkte allein betrachtet, nicht ohne Interesse sein.

In der That sind eingehend beschriebene klinische Beobachtungen dieser Art zur Zeit durchaus nicht zahlreich,[1] und die Erklärung des Auftretens von Hautaffektionen im Verlaufe des Harnröhrentrippers gelangte erst in neue Bahnen, seitdem Selle,[2] Cullerier,[3] Pidoux,[4] Hervieux[5] das Vorkommen von Hautaffektionen als Komplikationen des blennorrhoischen Prozesses veröffentlicht haben. Vor kurzem noch wurde das Auftreten von Hautaffektionen im Verlaufe einer Blennorrhoe auf den Gebrauch von Balsamen und speziell des Kopaivbalsams zurückgeführt, die, zum gröfsten Teil durch die Haut ausgeschieden, Hauteruptionen hervorgerufen haben sollten. Weitere und genauere Untersuchungen aber brachten diese Auffassung stark ins Schwanken und legten die Beziehung der genannten Hauteruptionen zu einer wahren Allgemeininfektion des Organismus nahe.

---

[1] Vidart, *Thèse.* 1875. — Mathieu, *Thèse.* 1883. — Andret, Des manifestations cutanées de la blennorhagie. *Thèse de Paris.* 10 mars 1884. — Balzer, Erythème infectieux au cours d'une blennorrhagie. *Gaz. méd. de Paris.* 28 juin 1884. — R. Mesnet, Des erythèmes blennorrhagiques (Contribution à l'étude de la blennorrhagie infectieuse). *Thèse de Paris.* 29 juillet 1884. — G. Ballet, Des déterminations cutanées de la blennorrhagie. *Rev de méd.* 1885. — Klippel, Erythème blennorrhagique. *Ann. méd.-chir.* Nov. 1885. pag. 290. — P. De Molènes, Sur un cas d'érythème blennorrhagique. *Ann. de derm. et de syph.* Deuxième série. Tome X. 1889 pag 88. — Tenneson, Hydroa et arthropathies chez un sujet atteint de blennorrhagie. *Ann. de derm. et de syph.* Deuxiéme série. Tome X 1889. pag. 117. — Voituriez, Blennorrhagie compliquée d'orchite; pas de traitement interne; éruption rubéolique généralisée. *Journ. des sc. méd de Lille.* 1889. No. 36. — O. Ménard, Érythème généralisé, puis orchite et enfin stomatite ulcéro membraneuse chez un individu atteint de blennorrhagie rémontant à deux mois et demi. *Ann. de derm. et de syph.* 1889. pag. 680. — Besnier, *Dictionnaire encyclopédique Dechambre.* Art. *Rhumatisme.* pag. 806. — Perrin, Des déterminations cutanées de la blennorrhagie. *Ann. de derm. et de syph.* 1890. pag. 773 et 859. — L. Raynaud, Manifestations cutanées de la blennorrhagie. *Ann. de derm. et de syph.* 1891 pag. 213. — L. Bergéron, Des dermopathies blennorrhagiques. *Thèse de Paris* 8 Février 1894.

[2] *Med. clin* Berlin 1781.

[3] *Des affections blennorrhagiques.* Paris 1861.

[4] *Soc. méd. des hôp.* 1866.

[5] *Soc méd. des hôp.* 1866.

Jedenfalls befreit der von mir beschriebene Fall die Balsame von der Anklage, Hauteruptionen im Verlaufe der Blennorrhoe zu verursachen. Als mein Patient zum ersten Mal von einem Harnröhrentripper behaftet war, gebrauchte er zwar Balsame, doch ohne dafs irgendwelche Hautmanifestationen zu Tage getreten wären. Diese kamen hingegen gelegentlich seiner zweiten Harnröhreninfektion zum Vorschein, während welcher er von gar keinem Balsam Gebrauch machte, und traten auch nicht wieder in Erscheinung, als nach vollständigem Verschwinden des Erythems zu Versuchszwecken diese Mittel sehr lange Zeit hindurch angewandt wurden.

Es existiert demnach gar keine Beziehung zwischen dem Gebrauche balsamischer Mittel und dem Auftreten von Hauteruptionen im Verlaufe eines Harnröhrentrippers. Dies können wir ohne Zweifel als Thatsache hinstellen, und wir müssen demnach jene Eruptionen, die früher als medikamentöser Natur bezeichnet wurden, als rein blennorrhoische Formen ansehen. Nicht das therapeutische, sondern das infektiöse Agens müssen wir beschuldigen.

Hinsichtlich der Pathogenese dieser blennorrhoischen Hautaffektion glaube ich mich kurz fassen zu dürfen.

Da, wie wir gesehen haben, jede Beziehung zwischen der Eruption und balsamischen Mitteln ausgeschlossen ist, da auch wegen des manifesten, intimen Nexus ein reiner Zufall, eine zusammenhangslose Kombination derselben mit dem Harnröhrentripper zurückzuweisen ist, da ferner auch keine irgendwie geartete innere oder äufsere, von der Blennorrhoe des Kranken unabhängige Ursache nachzuweisen war, welche die Eruption hätte bedingen können, mufs notwendigerweise der blennorrhoische Prozefs hierfür als einziger Grund angesehen werden, wie dieser es auch in Hinsicht auf die begleitende Gelenksaffektion war.

Der Harnröhrentripper allein mufs beschuldigt werden, durch Allgemeininfektion die Hauteruption hervorgerufen zu haben. Andererseits kann die Seltenheit solcher Hautaffektionen nicht wohl gegen unsere Auffassung ins Treffen geführt werden, da sie wahrscheinlich der Gutartigkeit der meisten Harnröhrentripper beizumessen ist, die demnach blofs als einfache lokale Erkrankung, ohne jede Reaktion seitens des Gesamtorganismus angesehen werden. Eine solche Reaktion aber dürfte aus anderen konkomitierenden Gründen (Schwäche, Überanstrengung, geschlechtliche Excesse u. s. w.) zu Tage treten und die notwendigen Bedingungen zur Allgemeininfektion mit sich bringen.

Es bleibt natürlich die Frage offen: Welches ist das eigentliche pathogenetische Element dieser Krankheitsform? Haben wir es mit einer Gonämie zu thun, und ist hierfür kein anderer Grund als das virulente Agens der Blennorrhoe? Oder handelt es sich etwa, wie andere meinen, um dessen Produkte? Oder aber um eiterige Aufsaugung?

Perrin (l. c.) gab auf die in seiner wertvollen Arbeit an sich selbst gestellten einschlägigen Fragen folgende Antwort:

„Die Hypothese der mikrobären Infektion der Gonämie würde wohl die acceptabelste, die rationellste sein, wenn die Untersuchung des Blutes und des Exsudates der Gelenke und der serösen Beutel in konstanter Weise das Vorkommen von Gonokokken ergeben würde. Wie wir nun im ersten Teile dieser Arbeit gesehen haben, ist dieser Nachweis, den man erbracht zu haben glaubte, durch die Mehrzahl der Beobachter negiert worden; die verneinenden Ergebnisse haben sich vermehrt, die positiven haben sich nicht wiederholt. Auch zur Stunde kann diese so einfache und so verführerische Theorie der Gonämie nicht acceptiert werden."

Und Perrin hatte recht, sich in dieser Weise auszudrücken, er hatte recht, die unannehmbare Hypothese der Pyämie zurückzuweisen und sich für die sog. Reflextheorie zu erklären und diese Erytheme als Angioneurosen anzusehen, deren Entwickelung durch den Einfluſs des Harnröhrentrippers auf das vasomotorische System bedingt sei.

Nachdem sich aber heute die positiven Resultate bezugnehmender Untersuchungen, mindestens in Hinsicht auf Exsudate, vermehrt haben, nachdem es mir gelungen, die eben beschriebenen, unbestreitbaren Ergebnisse zu gewinnen, kann ich die Theorie Perrins nicht mehr annehmen, muſs die Reflexursache derartiger Hautaffektionen, wenn sie auch im Vorjahre von Bergeron (l. c.) proklamiert wurde, zurückweisen, gleichwie die Annahme, welche besagt, daſs die Hauteruptionen im Verlaufe eines Harnröhrentrippers und die begleitenden Gelenksaffektionen von einer pyämischen, sekundären Infektion abhängen, weil — mindestens für die letzteren — der intime Mechanismus ihrer Bildung und der absolute Zusammenhang mit dem Gonococcus manifest ist. Ich muſs demnach annehmen, daſs die Blennorrhoe an und für sich der einzige Faktor all dieser Lokalisationen sei, und daſs kein Zweifel mehr über die Gonokokkeninfektion bestehen könne.

Ich glaube, daſs man von nun an festhalten müsse, daſs die Blennorhoe nach ihrem lokalen Auftreten, gleich anderen infektiösen Krankheiten, eine Infektion des ganzen Organismus bedingen und Veranlassung zu den verschiedensten krankhaften Erscheinungen werden könne.

Unter diesen werden zweifellos die Exantheme als klarster, überzeugendster Beweis des Eindringens des Virus in den Organismus gehalten werden müssen.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1895. Heft 7.

I. **Ein weiterer Beitrag zum Studium der Beziehungen zwischen Haut- und Knochentuberkulose**, von Adenot-Lyon. Diese Abhandlung bildet eine Ergänzung zu früheren Veröffentlichungen Adenots. Er ist bemüht, nachzuweisen, dafs sehr viele Hautgeschwüre und Wucherungen tuberkulöser Natur nicht die Ursache, sondern die Folge entzündlicher Vorgänge in den darunterliegenden Knochen sind. Die Hauttuberkulose ist nicht, wie Leloir u. a. das noch angenommen haben, durch allmähliche Infiltration der Weichteile bis zum Skelett vorgedrungen, sondern in sehr vielen Fällen ist der Weg der Erkrankung ein anderer gewesen. Dabei ist es aber oft sehr schwer, das Vorhandensein einer Knochencaries nachzuweisen, und diese ist häufig so versteckt, dafs man die Möglichkeit gar nicht ins Auge faßt. Diese letzteren Fälle sind es namentlich, die A. einer eingehenden Besprechung unterzieht und für die er lehrreiche, durch einige Holzschnitte erläuterte Beispiele anführt.

Es handelt sich bei diesen Formen um Hautveränderungen, die von Ollier unter dem Namen „Lupoide Ulcerationen" zusammengefafst sind und die infolge ihres hypertrophischen und wuchernden Charakters leicht mit anderen Neubildungen, wie Krebs und Syphilis, verwechselt werden können. Meistens sitzen sie auf dem Hand- oder Fufsrücken, springen reliefartig über die gesunde Haut hervor, haben ein fungöses, leicht blutendes Gewebe, erreichen verschiedene Gröfse und sind von einer verzweifelnden Hartnäckigkeit, solange man ihre wahre Natur verkennt; dagegen kehren sie nach einem einmaligen Ausbrennen, Auskratzen u. s. w. nicht wieder, sowie man auch den kariösen Knochenherd, dem sie ihr Dasein verdanken, gründlich beseitigt. Dieser letztere Herd ist oft sehr mühsam nachzuweisen, da die Knochenerkrankung selber meist ganz symptomlos verläuft und die Patienten nicht einmal über Schmerzen klagen. Ja, in einer Minderzahl von Fällen ist der Knochenherd, wenn die Kranken zur Behandlung kommen, bereits ausgeheilt und der zur Haut führende Fistelgang zur Hälfte vernarbt, so dafs der Zusammenhang zwischen Haut- und Knochentuberkulose nicht mehr so auf der Hand liegt.

Bei der Behandlung ist die Sonde unentbehrlich; aber es gehört oft sehr viel Geduld dazu, in den stark blutenden Geschwürsmassen den in die Tiefe führenden und nicht selten verzerrten Fistelgang aufzusuchen und zu verfolgen.

II. **Ein Fall von Zungenlupus**, von J. Darier. Die 21jährige Patientin ist seit ihrem dritten Jahre mit Gesichtslupus behaftet; nur die Stirn und das linke Ohr sind frei. Die Nase ist zu einem kleinen Höcker zusammengeschrumpft, das linke Nasenloch narbig verwachsen, das rechte kaum für eine Sonde durchgängig; die Unterlippe fast ganz zerstört. Auch die Schleimhaut des Mundes ist in umfangreicher Weise mit Lupusknötchen bedeckt. Was aber dem Fall sein besonderes Interesse verleiht, das sind zwei Lupusherde, die sich auf der linken Hälfte des Zungenrückens befinden und beide noch jungen Datums sind. Patientin empfindet nur eine geringe mechanische Belästigung durch dieselben, im Übrigen sind sie vollkommen schmerzlos.

Auch die histologische Untersuchung lieferte einen erwähnenswerten Befund. In dem Papillarkörper und im Corium fanden sich nämlich, regellos zerstreut, eine grofse Menge hyalin entarteter Bindegewebszellen, die eine ganz auffallende Ähnlichkeit mit den Zellen des Rhinoskleroms aufwiesen. Die Suche nach dem Bacillus Frisch war

jedoch vergeblich. Ob auch im Lupus der Haut dieser Patientin derartige Hyalin-Zellen sich finden, hat DARIER noch nicht feststellen können.

III. **Ein Fall von Lichen planus bullosus**, von LEREDDE. Dieser Fall ist dadurch bemerkenswert, dafs neben den Lichenpapeln auf den Unterextremitäten auch noch Blasen auftraten, so dafs man wohl an eine Dermatitis herpetiformis hätte denken können; auch erwies sich das Blut als eosinophil. Jedoch spricht gegen diese An nahme, dafs sich in dem Blaseninhalt nichts Derartiges nachweisen liefs. Verfasser neigt vielmehr zu der Annahme, dafs der Erkrankung in diesem Falle eine Blutveränderung zu Grunde liege. Er stützt sich dabei auf die Thatsache, dafs die 48jährige Patientin hochgradig blutarm ist und dafs sie seit 20 Jahren nicht menstruiert hat; aufserdem ist sie hysterisch. Der JACQUETschen Behauptung, dafs beim Lichen der Ausschlag das Nebensächliche, eine durch das Kratzen bewirkte Reaktion sei, steht er zweifelnd gegenüber. In seinem Fall war der Pruritus ganz geringfügig, zum Kratzen demnach gar kein Grund vorhanden, die Papeln aber trotzdem schön und zahlreich entwickelt. Er meint vielmehr, dafs neben den Papeln noch andere, feinste Hautveränderungen bestehen. Mehrfach hat er gesunde Hautstückchen von Lichenkranken mikroskopiert und dabei eine starke Blutüberfüllung der Cutis beobachtet. Man findet auch in Fällen von Lichen planus neben den Papeln häufig ganz fein glänzende Elemente; bei seiner Patientin waren die Vorderarme damit bedeckt; bei ihr bestand auch Abschuppung an den Handflächen und Fufssohlen — ein weiteres Symptom für eine Allgemeinerkrankung der Haut. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.
1895. Heft 8.

I. **Über den Pemphigus junger Mädchen und den Pemphigus hystericus**, von PIERLEONE TOMMASOLI-Palermo. T. unterzieht die von HARDY aufgestellte Form eines Pemphigus des jeunes filles einer kritischen Beleuchtung und findet, dafs dieser Typus seine volle Daseinsberechtigung habe. Er stellt aus der Literatur eine gröfsere Reihe hierhergehöriger Fälle zusammen, deren Zahl noch durch eine eigene neuere Beobachtung vergröfsert wird, und kommt zum Schlufs, dafs diese Gruppe sich von ähnlichen Formen durch bestimmte Merkmale, besonders durch den allemal günstigen Krankheitsverlauf unterscheide. Nur in einem wesentlichen Punkte weicht er von HARDY ab. Dieser liefs als Ätiologie einzig und allein Menstruationsstörungen junger Mädchen gelten; T. dagegen will alle auf chlorotischer Grundlage sich entwickelnden erythemato-bullösen Erkrankungen in diese Gruppe einbezogen wissen. In seiner Begründung ist er vielleicht etwas zu kühn und summarisch. Die Krankheit liefse sich am besten als Erythrodermia polymorpha chlorotica bezeichnen.

Wie diese Erkrankung, so wird auch der Pemphigus hystericus, den T. treffend ein Pemphigoid nennt, durch eine Autointoxikation bedingt, durch dieselben, noch unbekannten Giftstoffe, die im Verlauf der Hysterie so oft Ekchymosen, Ödeme, Gangräne herbeiführen. Nur sind diese Toxine ganz andere, als bei der Chlorose, und deshalb möchte der Verfasser dem Pemphigus hystericus seine Rechte als besondere Varietät der pemphigusähnlichen Erkrankungen gewahrt wissen.

II. **Die verschiedenen Ansteckungsmöglichkeiten der Syphilis**, von RICHARD D'AULNAY. Der Verfasser zählt die verschiedenen Möglichkeiten auf, die zur Übertragung der Syphilis führen können. Von der Syphilis congenita ist nicht die Rede. Die Arbeit enthält eine sehr fleifsige Zusammenstellung seltener Fälle von Ansteckung durch Personen oder Gegenstände, bietet aber gegenüber der Abhandlung von BULKLEY: *Syphilis in the Innocent*, die gleichfalls in diesen Blättern besprochen wurde und die den Gegenstand nach jeder Richtung erschöpfend darstellt, nichts Neues.

Heft 9.

I. **Drei Fälle von Psoriasis, erfolglos mit Schilddrüsenextrakt behandelt,** von P. Thévenin. Die Abhandlung bringt einen ausführlichen Krankenbericht über zwei Fälle; der dritte wird in einer Fußnote kurz erwähnt. Die Wirkung des Schilddrüsenextraktes auf die Psoriasis war in allen drei Fällen gleich null.

II. **Über die Keratitis heredo-syphilitica tardiva,** von A. Chevallereau. Die Abhandlung bringt drei Fälle, in denen die Keratitis kongenital-syphilitischen Ursprungs in einem verhältnismäßig recht späten Lebensalter auftrat; ein Patient war 29 Jahre, eine Patientin 34 Jahre alt, als das Leiden bei ihnen zum Ausbruch kam. Je später die Keratitis auftritt, desto länger verzögert sich die Heilung, und desto häufiger bleiben Hornhautflecke zurück. Diesen drei Fällen stellt der Verfasser einen vierten gegenüber, wo es bei einer jungen Frau auf Grund einer frisch erworbenen Syphilis zu einer Keratitis kam. Hier war die Heilung eine schnelle und vollständige.

Türkheim-Hamburg.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1895. Heft II.

I. **Über die Beziehungen des Ulcus molle und des venerischen Bubo zu den Jahreszeiten,** von Mastrosimone. Die Resultate, zu welchen der Verfasser gelangte, stimmen nicht absolut mit denjenigen von Tommasoli und Colombini überein, stehen aber auch nicht im Gegensatze zu denselben:

1. Die sechs warmen Monate weisen viel mehr Fälle von Ulcus molle und Bubo auf, als die sechs kalten; von diesen letzteren sind die ganz kalten wieder reicher an den genannten, als die weniger kalten; bei den heißen Monaten ist das Verhältnis ein umgekehrtes, indem die drei heißesten Monate auch die meisten venerischen Krankheiten aufweisen.

2. Während der Herbstmonate beobachtet man stets viel mehr Ulcus molle und Bubonen, als während der Frühjahrsmonate.

3. Januar und Juli liefern die höchsten Zahlen, Februar und März die niedrigsten.

Als Gründe für dieses vermehrte oder verminderte Auftreten der genannten Affektionen werden angeführt: das Verhalten der Mikroorganismen gegenüber der äußeren Temperatur, die Infektionsgelegenheiten des Volkes (Feste etc.), die bessere Gelegenheit des Landvolkes sich im Spital verpflegen zu lassen (wegen der landwirtschaftlichen Arbeiten zu gewissen Jahreszeiten) etc.

II. Als **drei ungewöhnliche Fälle von Favus** erwähnt du Chiappa:

1. einen solchen bei einer 27jährigen Frau, bei der die Affektion außer der ganzen Kopfhaut auch die Schultergegend, die Arme und Beine in ziemlicher Ausdehnung befallen hatte;

2. eine kleine Epidemie von Favus, die ausschließlich die nichtbehaarten Körperstellen befiel, und

3. einen Favus der Kopfhaut und der Fingernägel bei einer 67jährigen Frau.

III. Anläßlich der Beobachtung eines Falles von sog. Pemphigus der jungen Mädchen und von Dermatitis herpetiformis stellt Tommasoli folgende Einteilung des **Pemphigus und der pemphigusartigen Dermatosen** auf:

Polymorphe oder bullöse Sierodermiten:

1. Von außerhalb des Organismus herrührenden Intoxikationen, die von außen nach innen wirken:

bullöses, polymorphes oder rein bullöses Seroderma. { durch Verbrennung / durch Vesicatore / ... / ... }

2. Von aufserhalb des Organismus herrührenden, aber von innen nach aufsen wirkenden Intoxikationen:

A) Erythemata ab ingestis (polymorph bullöse oder rein bullöse) ..... { von Speisen / von Medikamenten / ... / ... }

B) Infektiöse Exantheme (polymorph bullöse oder rein bullöse) ..... { episodische { ... / ... } / essentielle { ... / ... } }

3. Im Organismus entstandene, von innen nach aufsen wirkende Intoxikationen (Autointoxikationen):

A) Pemphigoide
- benigne
  1. Urticaria chronica bullosa.
  2. Exfoliative, scharlachartige Pemphigoide (Dermatitis exfoliativa pemphigoides).
  3. Hydroa Quinquaud.
  4. Hysterisches Pemphigoid (Pemphigus hystericus Frank).
  5. Chlorotisches Pemphigoid (Pemphigus der Mädchen von Hardy).
  6. Pemphigoid der Schwangerschaft (Herpes gestationis).
  7. Pellagröses Pemphigoid.
  8. Polymorphe Pemphigoide, die noch nicht näher bestimmt sind und noch unter der Bezeichnung polymorphe bullöse Erytheme zusammengefafst sind.
  9. .....
- maligne
  - Pemphigusartige Dermatitis von Duhring (Dermatitis herpetiformis).
  - Impetigo herpetiformis von Hebra-Kaposi, bullöse Varietät.
  - Dermatitis pustulosa centrifuga von Hallopeau, bullöse Varietät.
  - Condylomatosis pemphigoidea (Pemphigus vegetans Neumann).

B) Pemphigus
- galoppierender
- chronischer
  - rein bullöser oder vulgaris,
  - foliaceus,
  - fungöser oder vegetans.

IV. **Hyperkeratosis excentrica** (Antwort an Herrn Dr. Respighi), von V. Mibelli

Die Replik bezieht sich auf einen Artikel von Respighi (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XVIII. pag. 70) über Hyperkeratosis excentrica, worin er die Bezeichnung Porokeratose, welche Mibelli dieser Affektion gegeben hatte, für unpassend erklärt auf Grund der Thatsache, dafs das Befallensein der Knäueldrüsenausführungsgänge nicht ein ausnahmsloses Vorkommnis sei. Dagegen wendet nun M. ein, dafs der Name

Porokeratose kein definitiver sein soll und nur mangels eines besseren eingeführt sei, dafs aber der von R. empfohlene kaum den Anspruch eines Fortschrittes beanspruchen könne, indem er das Hauptmerkmal der Affektion, das besondere Aussehen der Verhornung nicht gehörig würdige, sondern den Nachdruck auf das banale, exzentrische (welches Wort übrigens besser durch zentrifugal ersetzt würde) Verhalten verlege.

V. **Beitrag zur Histogenese des Ulcus rodens**, von L. Philippson. Die mikroskopische Untersuchung von Gewebsstücken aus einem Ulcus rodens ergab ein vom Carcinom bedeutend verschiedenes Bild, was also die Trennung dieser beiden Affektionen voneinander rechtfertigen würde. Der histologische Befund des Falles (38jähriger Mann mit Ulcus rodens am Nasenflügel) war folgender: Beginn mit multiplen Herden, die aus Proliferationen des Oberhautepithels bestehen. Diese Proliferationen sind Adenome oder haben adenoide Gestalt, verursachen zunächst keine Reizung der umgebenden Gewebe und sind also, klinisch, gutartiger Natur. Mit den Fortschritten des Wachstums derselben kommt es zu Bindegewebsneubildung, welche selbst zur Zerstörung und Atrophie der epithelialen Anhäufungen führt, so dafs eine atrophische Plaque entsteht, an deren Rand die Epithelproliferation weiterschreitet. Oder aber die Reaktion des Bindegewebes geht aus in Ulceration, welche mit einem tiefergehenden Substanzverlust der Haut verbunden ist.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Besprechungen.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Max Joseph. (Zweite vermehrte Auflage. Leipzig 1895, Georg Thieme.) Von Josephs trefflichem Lehrbuch liegt nunmehr die erste Abteilung: Hautkrankheiten in zweiter Auflage vor, und zwar in nicht wesentlich veränderter Gestalt. Ist es schon ein Zeichen von der Güte des Werkes und der Beliebtheit, welcher es sich im Leserkreise erfreut, dafs nach so wenig Jahren schon eine neue Auflage erforderlich war, so wollen wir doch nicht unterlassen, auch dieser neuen Auflage an dieser Stelle einige empfehlende Worte mit auf den Weg zu geben und sie allen denen angelegentlichst zu empfehlen, die sich ein gutes, übersichtliches, und dabei doch kurz und klar, frei von überflüssigem Beiwerk gehaltenes Lehrbuch anschaffen wollen. *F. Hahn-Bremen.*

Geschichte und Pathologie der Impfung, von Crookshank. (London 1889, H. K. Lewis.) Der Standpunkt des bekannten englischen Bakteriologen in der Frage der obligatorischen Schutzimpfung dürfte allgemein bekannt sein. So ist auch sein vorliegendes Werk auf Grund sorgfältiger und weitumfassender Studien ein energischer Versuch, Jenners Entdeckerruhm herabzusetzen und auf Grund der Verschiedenheit von Variola und Kuhpocken die Überflüssigkeit, ja Schädlichkeit der Vaccination zu beweisen. Er hofft alles Heil bei Variolaepidemien von strengster Isolation. Wir empfehlen das vortrefflichst ausgestattete, mit schönen Buntdruckbildern illustrierte Buch (zur Nachahmung dürfte manchen deutschen und den meisten französischen Verlegern ein intensives Studium der Ausstattung empfohlen sein!!) allen, die sich ein kritisches Urteil über die betreffende Frage bilden wollen.

F. Hahn-Bremen.

Die Krankheiten und Mifsbildungen des Fötus. Ein Versuch zu einem System der Pathologie vor der Geburt, von Ballantyne. Zweiter Band: Angeborene

Krankheiten des Unterhautbindegewebes und der Haut. (Edinburg 1895, Oliver & Boyd.) Verfasser bespricht in diesem zweiten Bande seines Werkes: Sklerema und Oedema neonatorum, ferner Ichthyosis, Tylosis, Keratolysis. Die ganze Reihe der Infektionskrankheiten (Masern, Scharlach, Pocken etc.), die den Fötus treffen können, die Syphilide, die Neoplasmen etc. sollen an anderer Stelle folgen. Es bleiben noch zu besprechen: angeborene Trichosen, Pigmentanomalien, Pemphigus und vieles andere. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Einwirkung seelischer Erregungen des Menschen auf sein Kopfhaar, von J. Pohl. (*Nova Acta d. Kais. Leop.-Carol. Dtsch. Akademie d. Naturf.* Bd. LXIV. No. 2.) Es ist empirisch genug bekannt, dafs die Psyche grofsen Einfluſs auf den menschlichen Organismus ausübt. Seelische Vorgänge vermögen nicht nur funktionelle Änderungen auszulösen, sondern auch solche organischer, materieller Natur. So bekannt aber diese Thatsachen dem Praktiker sind, so wenig anatomische Belege haben wir für dieselben. Es ist deshalb von grofsem Interesse, den vorliegenden Beobachtungen des verdienten Haarforschers zu folgen, der mit dem Mikroskop am Haare die Folgen rein psychischer Vorgänge nicht ohne Erfolg zu studieren sich bemühte. Er geht aus von den mimischen Bewegungen, welche Stimmungsänderungen auslösen, und fragt sich, ob diese auf eine Umlagerung von Muskelgruppen zurückzuführenden Bewegungen sich fortpflanzen auf den Haarboden, und ob sie da in den Haaren nicht einen nachträglich erkennbaren Eindruck machen. Als Vorfrage mufste die Wachstumsgeschwindigkeit des Haares bestimmt werden, die ca. 11,8 bis 15,0 mm in 30 Tagen beträgt, wechselt in den verschiedenen Lebensaltern und durch Kurzschneiden eher verlangsamt als beschleunigt wird, was der landläufigen Anschauung direkt widerspricht.

Drei Verhältnisse des Kopfhaares unterwirft der Verfasser einem genaueren Studium, die Querschnittform, die Luftlosigkeit des Markstranges und die Lücken in der Bindesubstanz, nachdem er an sich und anderen festgestellt, dafs die Verschiedenheiten, die man mikroskopisch findet, nicht zufälliger Natur, sondern auf körperliche oder seelische Irritation zurückzuführen sind.

Die Querschnittform des Kopfhaares. Verfasser konnte die Querschnittform am besten durch Untersuchung im polarisierten Licht an der Hand der entstehenden Farben bestimmen. Er benutzte bei seinen Beobachtungen nur schlichte Haare, bei denen gewöhnlich 7—8 von 10 einen ovalen Querschnitt zeigen. Das Haar lagert sich gewöhnlich auf dem Objektträger so, dafs es mit der breiteren Fläche auflagert, der kürzere Durchmesser parallel der Achse des Mikroscoptubus steht. Nimmt die Abplattung an einer Stelle erheblich ab, dann dreht sich das Haar hier auf die hohe Kante, was durch Verfolgung der Randkontur leicht bei mäfsiger Vergröfserung zu erkennen ist. Die Gröfse des längeren Querschnittdurchmessers schwankt zwischen 40 und 100 μ.

Die Form des Haares wird bedingt durch vier Komponenten: die propulsierende Wachstumskraft, den Seitendruck der das Haarsäckchen umgebenden Gebilde, die Spannung gedehnter elastischer Fasern und die wechselnde Aktion kutaner Muskelgebilde. Ändert sich bei seelischen Erregungen einer dieser Komponenten, dann mufs das zur Zeit in Bildung begriffene Haarstück in seiner Form alteriert werden, sich von dem übrigen Haare unterscheiden. Verfasser schnitt die Haare an einer Stelle nach Eintritt einer seelischen Alteration kurz, liefs sie eine Zeitlang wachsen und schnitt sie dann wieder ab, in den Haarabschnitten konnte er dann, wie er an sechs Fällen erläutert, durch die Farbenänderungen im polarisierten Licht feststellen, dafs der zur Zeit der Erregung gebildete Haarabschnitt deutlich von den übrigen Haarabschnitten sich unterscheidet.

Verfasser suchte aber auch noch weiter zu gehen und die Einwirkung verschiedener Empfindungen auf das Haar festzustellen, und gelangt dabei zu dem Schlusse, dafs alle freudigen Erregungen gleiche, nur nach Intensität verschiedene Haarveränderungen hervorruft, und dafs bei Wechsel und dem Widerstreit der Empfindungen, wie das Leben sie bringt, das Konstantbleiben, Steigen und Fallen der Polarisationsfarben des Kopfhaares, besonders an dem Vorderkopfe und an den Schläfen, bezeichnet, ob an der Zentralstätte des Gemüts Gleichmut, peinliche Empfindung, frohe Empfindung die Herrschaft behalten hat. Die weiteren Eröterungen des Verfassers erstrecken sich auf die Frage, an welcher Stelle und durch welche Kräfte diese Änderungen der Querschnittsform ausgelöst werden; sie hier wiederzugeben, würde zu weit führen.

Der luftlose Markstrang. Aus sorgsamsten Untersuchungen schliefst der Verfasser, dafs eine starke, absichtliche oder unabsichtliche (was sich vielfach, aber natürlich nicht immer deckt mit bewufster oder unbewufster) Anspannung des Willens, welche eine gewisse Zeit andauert und mehrfach von starker Gemütsbewegung begleitet ist, hat zur Folge, dafs ein Teil der Kopfhaare mit luftlosem Markstrang gebildet wird. Der Verfasser hält diese Beobachtung für so sicher, dafs er aus der Beschaffenheit der Haare Rückschlüsse auf psychologische Vorgänge bei dem betreffenden Haarbesitzer zu machen sich für berechtigt hält.

Die Lücken in der Rindensubstanz des Kopfhaares. Auch betreffs der in der Rindensubstanz häufig gefundenen, meist länglich-ovalen Lücken kommt Verfasser zu dem Ergebnisse, dafs ihre Häufigkeit abhängig ist von seelischen Vorgängen. Eine Reihe genau beobachteter Fälle führt ihn zu dem Schlusse, dafs einer tiefgehenden Erregung eine Lückenlosigkeit des Haares oder ein Hervortreten von Lücken folgt. Diese Erregung kann sogar durch einen lebhaften Traum ausgelöst sein, und doch soll eine Anomalie der Haarbeschaffenheit folgen können.

Verfasser geht dann des näheren ein auf die Beeinflussung von pathologischen Zuständen durch seelische Impulse, mögen sie im Wachen oder im Traume sich abspielen, und exzemplificiert besonders auf die Herzkranken, für deren Beobachtung das Studium der Kopfhaare eine brauchbare Hülfe bilden soll.

Verfasser geht nun auf die Einzelheiten betreffs der Verhältnisse der geschilderten Haarveränderungen untereinander, der verschiedenen Altersstufen etc. ein und legt dann in den letzten zwei wiedergegebenen Fällen dar, inwieweit man aus der Untersuchung eines Haarbündels ohne genaue Kenntnis des betreffenden Menschen auf das Ergehen desselben Schlüsse ziehen kann. Er schildert seine Befunde, die aus denselben gezogenen Schlüsse und vergleicht dieselben mit den nachher gemachten Angaben der betreffenden Patienten, wobei eine merkwürdige Harmonie zu Tage tritt.

Es ist mir nur möglich gewesen, kurz den Inhalt der vorliegenden Arbeit zu zeichnen, wer dem Versuche des Verfassers, die Umsetzung psychischer Vorgänge in organische Veränderungen mikroskopisch zu verfolgen und zu kontrollieren, gröfseres Interesse zuwendet, wie es derselbe zweifellos verdient, möge die Originalarbeit nachlesen. Jedenfalls ist die Arbeit des Verfassers ebenso mühsam, wie verdienstvoll.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

Simon berichtet (*Presse méd.* März 1895) über zwei Fälle von **angeborener Cyanose** bei Kindern von drei Monaten, resp. sieben Jahren, infolge von Herzmifsbildung (Offenbleiben des Ductus Botalli). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Mazzochi berichtet über einen Fall von **Oedema cyanoticum (oedème bleu) hystericum** bei einem 21jährigen hysterischen Mädchen. Nach einer kurzen Periode heftiger Schmerzen in der rechten Hand wurde diese ödematös und cyanotisch, welche Erscheinungen dann auf den Vorderarm übergingen. Sensibilität zuerst intakt, worauf dann aber eine Hemianästhesie der ganzen rechten Körperhälfte folgte. Prompte Heilung durch Hypnose. (*Rif. med.* 1895. No. 39.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Hyperglobulie in ihren Beziehungen zur kongenitalen Cyanose. von Variot. (*Journ. de clin. et de thérap. infant.* 1895. No. 6. *Allg. med. Centralztg* 1895. No. 46.) Die kongenitale Cyanose geht oft mit Hyperglobulie einher, wie Verfasser an vier Fällen zeigt, bei denen die roten Blutkörperchen gezählt wurden. Gibson, Rendu, Vaquez bringen die Hyperglobulie in direkte Beziehung zur Cyanose, da sie auch da eintreten kann, wo diese nicht durch kongenitale Herzleiden bedingt ist. Die Hypergenese der Blutkörperchen soll eine Kompensation der mangelhaften Sauerstoffaufnahme sein. Konstant ist die Hyperglobulie bei Cyanose nicht. Das Hämoglobin findet sich als reduciertes Hämoglobin im Blute und bedingt das bläuliche Aussehen der Haut. Die Hyperglobulie und Hyperhämoglobinämie bedingen vereint die Cyanose, welche nach Morgagni der Ausdruck der Cirkulationsstörung ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über mechanische Behandlung der Hautwassersucht, von H. Schuss. (*Therap. Monatsh.* 1895. No. 1 u. 2.) Verfasser schildert und kritisiert die verschiedenen zur mechanischen Beseitigung des Anasarca empfohlenen Methoden der einfachen Incision, der Aspiration mit Troicarts und der Trichterdrainage. Daran schliefst sich dann ein Bericht über die auf der Leichtenstern'schen Abteilung in Köln nach denselben vom Verfasser behandelten Fälle. Im ganzen scheint dem Verfasser die Incision die leistungsfähigste, bequemste, dem Kranken angenehmste Methode zu sein, die man deshalb vorzuziehen haben wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ricochon berichtet (II. französischer Kongrefs für innere Medizin zu Bordeaux im August 1895) über eine Varietät von **Hautödem,** das sich bei drei Generationen derselben Familie zeigte. Der Symptomenkomplex läfst sich in zwei Abschnitte teilen: Auftreten des Ödems in successiven Schüben im Verlauf von zwei oder drei Tagen; Schwinden des Ödems unter Auftreten von Koliken, Meteorismus, Erbrechen, Anurie, zuweilen Albuminurie, Somnolenz, Fieber, Durst etc., welche Symptome R. als Urämie auffafst, die auf funktionelle Störungen der Nieren, infolge einer Art von paroxysmaler Neurose des Plexus renalis, zurückzuführen seien. (*Sem. méd.* 1895. No. 42.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über alimentäre Dermatosen bei Kindern, von Guida. (*La Pediatria.* 1895.) Verfasser berichtet über drei Fälle von Intoxikationen nach Fleischgenufs bei kleinen Kindern, welche neben mehr oder weniger schweren Allgemeinsymptomen auch Hauterscheinungen zeigten, und zwar das eine (11 Monate alt) eine Urticaria, ein

zweites (6 Monate alt) ein skarlatiniformes Erythem und das dritte (10 Monate) eine Urticaria, die im weiteren Verlaufe die Gestalt einer Akne annahm.

C. Müller-Freiburg (Schweis).

Über Flohstiche, Flohstich-Urticaria und Urticaria pigmentosa, von J. Hutchinson. (*Arch. of surg.* 1895. S. 134.) H. berichtet über mehrere Fälle, in denen durch Flohstiche ein förmlicher Ausschlag hervorgerufen war, der selbst Ärzte zu falschen Diagnosen veranlafste. Auch ein Fall von Urticaria pigmentosa wird erwähnt, den H. geneigt ist, auf früher erlittene Flohstiche zurückzuführen. Ferner sind Verwechselungen mit Syphilis möglich, und auch hierfür weifs H. aus seiner reichen Erfahrung ein Beispiel beizubringen. *Türkheim-Hamburg.*

Augagneur berichtet über einen Fall von scharf ausgeprägtem **Dermographismus** bei einem Patienten, der keine Sensibilitätsstörungen oder Zeichen von Hysterie darbot. (*Lyon méd.* 1895. No. 6.) *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

In der Leipz. med. Gesellschaft spricht Kollmann am 15. Januar 1895 über **Albuminurie und Exantheme nach Injektion von Diphtherieserum.** Diese Erscheinungen sind dieselben, wie er sie bei der Hammelblutserumbehandlung der Syphilis früher beobachtet hat. Er sah damals Albuminurie ohne Blutbeimengung, Quaddeln, Erytheme. Die Heftigkeit dieser Nebenwirkungen ist nicht proportional der Menge des injicierten Serums, es spielen da individuelle Verhältnisse sehr mit. Die Ursache dieser Erscheinungen sind nicht die Antitoxine, sondern das Serum an sich, weshalb der Redner diese Exantheme als Serumexantheme bezeichnen möchte. (Dieselben Symptome sind auch bei Transfusionen beobachtet. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Exantheme bei Serumtherapie, von W. Dubreuilh. (II. französischer Kongrefs für innere Medizin. Bordeaux, August 1895.) Es wurden beobachtet (in absteigender Reihenfolge der Frequenz) Exantheme nach dem Typus der Urticaria, der Scarlatina, der Masern, des Erythema polymorphum. Sie breiten sich zuweilen von der Injektionsstelle über Rumpf und Beugeseite der Extremitäten aus, sind selten homogen, sondern weisen meist einen gemischten Typus auf, öfters mit Jucken verbunden, das übrigens ohne Exanthem bestehen kann. Der Zeitpunkt des Auftretens des Exanthems variiert, bald fällt er auf die ersten Stunden nach der ersten Injektion, bald auch auf die 20., im Mittel auf den 7.—11. Tag und dauert 3—4 Tage, um dann, hier und da mit Abschuppung, vollständig zu verschwinden. Das Exanthem tritt entweder isoliert auf oder begleitet von Fieber, Muskel- und Gelenkschmerzen, Diarrhoe etc. Die Frequenz solcher Exantheme beträgt im Mittel 14%. Sie werden beobachtet nach Injektionen von Serum sowohl immunisierter, wie nicht immunisierter Tiere, sowie auch bei gesunden Individuen, denen Samen immunisierter oder nicht immunisierter Tiere injiciert wurde. Sie sind eine Folge der Wirkung fremdartigen Serums auf den Organismus und wurden bei Injektionen menschlichen Serums nicht beobachtet. Am seltensten findet man sie bei Injektionen von Serum vom Hunde, Schafe und der Nager, am häufigsten bei Injektionen von Serum aus der Pferdegattung (Pferd, Esel, Maulesel), aber auch hier mit zahlreichen Variationen. (*Sem. méd.* 1895. No. 42.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Kasuistik der Heilserumexantheme, von J. Asch. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 51.) Der Verfasser berichtet über ein Exanthem nach Anwendung des Behringschen Heilserums, welches mit recht schweren Allgemeinerscheinungen einherging. Es handelt sich um eine leichte Diphtherie bei einem 2¼ Jahre alten Kinde, dem auf Wunsch der Eltern am ersten Abend 600 J. E., am zweiten 500 J. E.

injiciert wurden. Der Fall verlief, abgesehen von einer Urticaria, in gewöhnlicher Weise, ohne dafs ein besonderer Einfluſs des Serums zu beobachten gewesen wäre. Die Rekonvalescenz ging langsam vorwärts, kleinfleckige Rötungen der Haut kamen und schwanden, bis am 15. Tage nach der letzten Injektion Fieber, schneller, kleiner Puls, stöhnende frequente Respiration, Somnolenz eintritt. Gleichzeitig bemerkt man ein ausgebreitetes Erythema multiforme, an Armen und Hals teilweise konfluierend, an Brust und Bauch eine scharlachartige Röte. Am meisten betroffen sind die unteren Extremitäten. Es gesellen sich schmerzhafte Schwellungen der Gelenke hinzu. Das Kind macht einen schwerkranken Eindruck. In fünf Tagen schwinden alle Symptome; die Erholung geht langsam vor sich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Scharlachausschlag nach Einläufen, von G. E. Hale-Eton. (*Brit. med. Journ.* 2. März 1895.) Die 20jährige Patientin mit Ulcus ventriculi erhielt, um den Magen zu schonen, Nährklystiere. Einige Stunden, nachdem sie das erste erhalten hatte, bekam sie einen scharlachähnlichen Ausschlag an der Stirn, an den oberen Partien der Wangen, am Kinn, Hals, Rücken etc. Auffallend war die symmetrische Verteilung des Ausschlages an beiden Körperhälften.

In einem analogen Falle führte Dr. Suckling den Ausbruch eines Ausschlages nach Einläufen, und zwar meist nur nach dem ersten, auf die Resorption erweichter Fäkalsubstanzen zurück. *C. Berliner-Aachen.*

Scharlachartiger Ausschlag bei Influenza, von H. Ashby-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 9. März 1895.) Verfasser hat mehrere hierher gehörige Fälle bei Kindern gesehen und glaubt, dafs diese auffallende Erscheinung der Beachtung seitens der praktischen Ärzte wert wäre. Eine Zusammenstellung der bisher beobachteten Fälle von Scharlacherythem bei Influenza könnte vielleicht zur Klärung dieses eigentümlichen Zusammentreffens beitragen. *C. Berliner-Aachen.*

Ätiologische Prophylaxe und Behandlung der medikamentösen Erytheme, von Morel-Lavallée. (*Rev. de thérap.* 1895. No. 2.) Verfasser warnt vor gewissen irrigen Ansichten, welche unter mit der Dermatologie weniger vertrauten Ärzten verbreitet sind; so unter anderen, dafs die medikamentösen Erytheme stets leicht diagnosticiert werden können, dafs sie ganz harmloser Natur sind und sofort nach der Darreichung des betreffenden Medikamentes auftreten. Dementgegen hat Verfasser Erytheme (Hg) beobachtet, welche die Sistierung der Medikation um 30 bis 160 Tage überdauerten, andererseits aber auch erst Tage, Wochen und Monate nach dem Beginne der Kur auftraten. Bei der Behandlung kommt selbstverständlich in erster Linie die Unterbrechung der Medikation in Betracht. Milchdiät mit oder ohne Darreichung von Alkalien, Laxantien, Darmantisepsis. Behandlung des Erythems mit Fetteinreibungen in der Desquamationsperiode, mit Stärkekataplasmen und Kalklinimenten, antiseptischen, nicht reizenden Kompressen bei nässenden und ulcerösen Formen. Bäder werden öfters sehr schlecht vertragen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein Fall von akuter Vergiftung nach gleichzeitiger externer Anwendung von Tannin und Kaliumpermanganat, von Prof. E. Harnack. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 10.) Ein 14jähriges Mädchen litt an einem universellen recidivierenden Ekzem. Dasselbe wurde durch Umschläge mit konzentrierten Tanninlösungen oder durch Bäder mit Kalium permanganicum (½—1 pro Mille) behandelt und günstig beeinfluſst. Bei einem neuen Nachschub wurden an den oberen Extremitäten, die sehr stark entzündet waren und sehr stark näſsten, Tanninumschläge gemacht und zu gleicher Zeit Bäder mit Kalium permanganicum angewendet. Es trat eine sehr heftige Hautentzündung auf, ein Fieber von beinahe 41° und heftige

Durchfälle. Der Zustand machte den Eindruck einer Vergiftung. Das Tannin wurde nun weggelassen und Hebrasche Diachylonsalbe aufgelegt. Allmählich besserte sich dann der Zustand. H. hat im Urin etwas Pyrogallol nachweisen können und glaubt, dafs die Reizung durch letzteres bedingt gewesen ist. Deshalb soll man in der gleichzeitigen Anwendung zweier Heilmittel vorsichtig sein. *L. Hoffmann-Berlin.*

Einige Bemerkungen über Veränderungen der Haut nach Quecksilbergebrauch und über einen Fall von Digitalisexanthem, von Dr. Friedheim. (*Disch. med. Wochenschr.* 1895. No. 11.) Quecksilberexantheme sind nicht allein nach äufserem Gebrauch von Quecksilber beobachtet, sondern auch nach subkutanen Injektionen, sowohl der löslichen, als unlöslichen Quecksilberpräparate. Aber auch nach Sublimatirrigationen der Vagina und nach Sublimatverbänden sind Erytheme und Ekzeme vorgekommen. Verfasser beschreibt drei Fälle, bei denen nach dem Gebrauch von Kalomel Exantheme auftraten.

Ferner berichtet F. über einen Fall, bei dem nach dem inneren Gebrauch von Digitalis sich kreisförmig angeordnete Gruppen kleiner mattroter, papulöser Efflorescenzen ausbildeten. Es fehlte jeglicher Juckreiz. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zwei Fälle von Phenacetinexanthem, von Milbourne West. (*The Lancet.* 12. Januar 1895.) Das Exanthem war im einen Fall skarlatiniform, im anderen zeigten sich rote, erhabene Flecke von urticariaähnlichem Charakter. Störungen des Allgemeinbefindens traten nicht auf. *F. Hahn-Bremen.*

Zum Kapitel der Antipyrinexantheme, von Martin Brasch. (*Therap. Monatsh.* November 1894.) Verfasser berichtet über ein Antipyrinexanthem auf Grund einer Selbstbeobachtung. Nachdem er wiederholt Antipyrin mit gutem Erfolge ohne jede Nebenwirkung aus verschiedenen Gründen in den früheren Jahren genommen, erkrankte er in der Zeit vom August 1892 bis April 1893 viermal in eigentümlicher Weise, wie es sich herausstellte, infolge von Antipyrin. Das Exanthem äufserte sich das erste Mal in einer prickelnden und juckenden Schwellung im Lippenrot an der Oberlippe, woraus sich in wenigen Stunden die Bildung einer bohnengrofsen serumgefüllten Blase schlofs. Das nächste Mal war der Prozefs heftiger und ausgedehnter, betraf auch die Unterlippe. An der Zunge zeigten sich weifse, submiliare Fleckchen. Tags darauf nach einem heifsen Vollbade trat Jucken an der Eichel ein. Die Blasen an den Lippen verwandelten sich in Geschwüre, die ohne Narbenbildung in 8—14 Tagen heilten. Am Penis nahm der Prozefs einen langsameren Verlauf. Es entstanden an den juckenden Stellen von zackigen Rändern umgebene Rötung und Schwellung, es bildete sich ein flacher Schorf von serös-eiteriger Beschaffenheit mit Rhagadenbildung. Im Beginne hatte noch eine Schwellung und Ödem der linken Augenlider bestanden, die bald schwand. Die folgenden Anfälle zeigten nur graduelle Unterschiede. Das Allgemeinbefinden war nicht unerheblich gestört.

Aus diesem Berichte schliefst der Verfasser eine Übersicht der in der Litteratur bekannten Fälle von Blasenbildungen nach Antipyringebrauch. Aus diesen ergiebt sich, dafs diese entzündlichen Hautaffektionen nach Antipyrin die Stellen vorzieht, wo Epidermis in Schleimhaut übergeht, also Lider, Lippen, Nase, Glans penis, Anus, äufserer Gehörgang. Demnächst sind Finger, Zehen und Scrotum am häufigsten ergriffen. Es kann nur kongestives Ödem bestehen oder zur wirklichen Blasenbildung kommen. Auf der Schleimhaut führen die Blasen zur Bildung von Plaques und fibrinösen Belägen, an der Glans zu einer oberflächlichen Verschorfung. Narben bleiben nie, Pigmentflecke selten zurück. Auf den Schleimhäuten kann es auch zu Katarrh mit schleimig-eiterigem Sekret kommen. Das Charakteristische für diese

Form der Antipyrinexantheme ist aber das Auftreten von Blasen mit besonderer Lokalisation. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Muschelvergiftung mit tödlichem Ausgange, von E. B. Hill. (*Brit. med. Journ.* 9. Febr. 1895.) Der 49jährige, gut gebaute, kräftige Mann erkrankte nach dem Genusse von einigen Muscheln mit Jucken an Händen und Füßen und allgemeinem Unwohlsein. Sein Gesicht war von einer feurigen Röte übergossen. Auf dem Transporte nach dem Krankenhause starb der Patient.

C. Berliner-Aachen.

Frèche beschreibt (*Ann. de la Policl. de Bordeaux.* 1895 No. 26) einen **auf Hysterie beruhenden Fall von Trophoneurosis cutanea** (28jährige Frau) in Form eines pemphigoiden Exanthems, welcher nach und nach den ganzen linken Vorderarm samt Handrücken einnahmen, die ihre Epidermis vollständig entblößt, stark ödematös und sehr schmerzhaft waren. Ähnliche jedoch viel weniger ausgedehnte Eruptionen traten später noch an der Malleolargegend des linken Fußes und an einem Handteller auf. Die letztere Lokalisation erwies sich der Therapie gegenüber als äußerst hartnäckig, während die Affektion am Vorderarm rasch abheilte.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Notizen über 58 Fälle von hämorrhagischer Diphtherie, von Harold Austen und Harry Cogill. (*Brit. med. Journ.* 30. März 1895. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 43) Von 58 Fällen hämorrhagischer Diphtherie unter 880 Fällen endeten alle bis auf einen tödlich. Alle Fälle waren schwer, zeigten cervikale Adenitis, profuse Rhinorrhoe, Albuminurie, meistens auch in den Pseudomembranen und den umgebenden Schleimhäuten Hämorrhagien. Diese präsentieren sich an der Haut teils als Ekchymosen, die gewöhnlich cirkulär mit Neigung zur ovalen Ausdehnung, zuweilen erhaben waren, 23 Mal das Gesicht, 36 Mal die Extremitäten und 43 Mal den Rumpf betrafen, oder es waren Purpuraflecken, die meist am Rumpf saßen. 18 Mal trat Epistaxis, 10 Mal Hämatemesis, 2 Mal Melaena, kein Mal Hämaturie auf. Vergiftungserscheinungen, subnormale Temperatur, Erbrechen, Herzschwäche, Neigung zur Anurie waren vorherrschend. Der Tod erfolgte an Herzschwäche. Die Sektion ergab Hämorrhagien in den Körperhöhlen, um Aorta, Oesophagus, Trachea im Endocard; das Herz war dilatiert, das Myocard normal. In den Schleimhäuten des Oesophagus, des Magens, in den Muskeln fand man Hämorrhagien. Bakteriologisch wurden elf Fälle untersucht, fünfmal fand man nur Löffler'sche Bacillen, sechsmal diese neben Staphylo- und Streptokokken. Zwölf Fälle wurden mit Antitoxin behandelt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Hämophilie, von Fischer. (*Med. Korresp.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins.* 1895. No. 9 u. 10. *Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 54.) Die Hämophilie ist nicht so selten, wie man annimmt, und ist hauptsächlich männlichen Personen eigen. Die Blutungen können spontane oder traumatische sein; erstere erfolgen besonders an den Körperöffnungen, letztere nach Verletzungen durch stumpfe Instrumente bei kleinen Wunden (Cirkumcision, Zahnextraktion, Aderlaß, Schröpfen, Blutegel). Das Blut strömt meist hervor, wie bei parenchymatösen Blutungen, im Strome oder Tropfen, zeigt eine mangelhafte Koagulationsfähigkeit. Die Behandlung ist die übliche. Die erste Kindheit ist meist verschont, das Knabenalter, die Pubertätszeit bei weiblichen Blutern sind am gefährlichsten. Eine abnorme Brüchigkeit und Durchlässigkeit der Kapillaren muß man wohl annehmen. Die Blutungen werden, sobald sie zum Stehen gelangt sind, meist auffallend gut überwunden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein letaler Fall von Peliosis rheumatica, kompliciert durch maligne Endocarditis, von Henry Price. (*Med. and Surg Rep.* 16. Februar 1895.) Ein

36jähriger Patient erkrankte unter Fieber, galligem Erbrechen; es entstehen Purpuraflecke und Gelenksschwellungen. Von einem hämorrhagischen Fleck am Finger geht eine Lymphangitis aus, ein anderer vereiterte. Fröste, Epistaxis stellen sich ein, am Herzen tritt ein diastolisches Geräusch über der Aorta auf, dem sich ein systolisches an der Mitalis zugesellt. In vier Wochen geht Patient unter septischen Erscheinungen zu Grunde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Marfan berichtet über einen Fall von **chronischer Werlhofscher Krankheit** bei einem Kinde, welche über sechs Monate lang dauerte. (*Méd. mod.* 1895 No. 30.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Beitrag zur Lehre von der Purpura, von Alfred Grotjahn. (Inaug.-Diss. Berl. 1894.) Die Trennung der verschiedenen zu Hauthämorrhagien führenden Krankheiten in Purpura simplex, Purpura rheumatica, Purpura cachectica, Purpura febrilis, Morbus maculosus, Purpura urticans hält Verfasser nicht für berechtigt, er glaubt, dafs die Leiden alle zusammengehören, nur Variationen darstellen und belegt das durch einen Fall. Den Skorbut grenzt er als besondere Krankheit ab, trotzdem gerade dieser Fall auch Zahnfleischveränderungen zeigte. Verfasser geht noch weiter, indem er auch das Erythema exsudativum in diese Gruppe zählt, dieses wiederum mit dem Erythema nodosum identificierend. (Letzteres kann man nicht zugeben, verständlich ist das aber, wenn man bedenkt, was alles unter Erythema exsudativum zusammengeworfen wird. Trennt man von diesem Krankheitsbegriff wenigstens alle die Fälle, die durch Reflex, Arzenei etc. hervorgerufen werden und betrachtet sie als Urticaria erythematosa, vielleicht auch noch mehr, dann bleibt ein Rest, der allerdings mit Erythema nodosum zusammengehört, dessen Verwandtschaft mit der Purpura ja berechtigt ist, lehrt doch das Mikroskop, dafs es sich dem Erythema nodosum um eine hämorrhagische Dermatitis handelt. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Purpura haemorrhagica mit Gehirnblutung, von G. J. Newgarden. (*Med. News.* 8. Juni 1895.) Ein 38jähriger Schwede, der seit einigen Jahren ein Geräusch an der Mitralklappe dargeboten hatte und von auffallend anämischem Aussehen, sonst aber gesund und arbeitsfähig gewesen war, kam wegen anhaltender Blutung aus einer Alveole nach der Extraktion des betreffenden Zahnes in Behandlung. Etwa 14 Tage später kam er wegen zahlreicher Petechien an den Ober- und Unterschenkeln und Schwächegefühl wieder. Vier Tage nach der Aufnahme trat eine Gehirnblutung mit linksseitiger Hemiplegie ein, und der Mann starb nach wenigen Tagen. Bei der Autopsie fand sich ein aus der eingerissenen Arteria meningea media stammender Bluterguſs in der rechten Grofshirnhemisphäre, sowie Wucherungen an den Mitral- und Aortenklappen. Weitere Erklärungen über die Entstehung der Purpura hat Verfasser nicht gegeben. *Philippi-Remscheid.*

Retinitis albuminurica im Anschluſs an Purpura haemorrhagica rheumatica, von Dr. Prentiss. (*Bost. Med. Journ.*) Es handelt sich um einen Patienten, der nach einem Anfall von Purpura haemorrhagica rheumatica (Morbus maculosus) an Nephritis erkrankte. Aufser anderen Blutungen hatte der Patient damals gleichzeitig Blasen- und Nierenblutungen. Die Störung in den Augen begann vor fünf Monaten, seit dieser Zeit hat die Sehkraft ganz allmählich abgenommen, jetzt ist die Macula lutea beinahe vollständig von degenerativen Veränderungen ergriffen, und an verschiedenen Punkten der Retina ist eine ganze Anzahl von Hämorrhagien zu erkennen. *Karl Ries-Berlin.*

Der infantile Skorbut und seine Beziehung zu Rhachitis, von Thomas Barlow. Übersetzt von Ludwig Elkind. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1895. No. 21.) Ver-

tasser giebt zuerst eine klare Schilderung der nach ihm benannten Krankheit, um dann sich ausführlich über die Auffassung derselben zu äufsern. Er leugnet nicht, dafs meistens, wenn auch nicht immer, Zeichen von Rhachitis vorhanden sind, aber er schreibt dieser nur eine prädisponierende Bedeutung zu, faßt das Leiden selbst aber als infantilen Skorbut auf. Dieser Auffassung entsprechen die Knochenläsionen, die typischen Frakturen in der Epiphysengegend, die hämorrhagische Zerstörung der Muskelsubstanz mit folgender Atrophie. Auch die Affektion des Zahnfleisches wird nicht vermifst, sofern schon Zähne vorhanden sind. Bei fünf Kindern von zwei bis sechs Jahren hat er ein Krankheitsbild gesehen, welches den Übergang des infantilen Skorbuts zu dem der Erwachsenen darstellt. Als für Skorbut sprechende Momente sind auch anzuführen die ätiologischen Momente, vornehmlich mangelhafte Ernährung mit künstlichen Präparaten, und endlich der Erfolg einer antiskorbutischen Therapie. In der weiteren Arbeit sucht dann der Autor auf Grund eigener Erfahrung und der Angaben anderer Autoren die entgegengesetzten Ansichten zu widerlegen. Von Interesse ist nur, dafs Barlow meines Wissens im Gegensatze mit deutschen Autoren die Krankheit mehr in den besser situierten Ständen gesehen hat. Er führt das zurück auf den ausgedehnteren Verbrauch künstlicher Nährpräparate, die allesamt ungenügend sind. *Jessner-Königsberg i. P.*

Infantiler Skorbut oder hämorrhagische Rhachitis? von L. Fürst. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 18.) Unter eingehender Abwägung der bei den Barlowschen Krankheiten auftretenden Symptome und Berücksichtigung der nicht mehr unbedeutenden Litteratur kommt Verfasser dazu, die Annahme eines infantilen Skorbuts als eine durchaus willkürliche zu bezeichnen; es ist kein Anhaltspunkt da, das Leiden dem Krankheitsbilde des Skorbuts einzureihen. Zweifellos ist nur, dafs diese eigentümliche hämorrhagische Diathese der Kinder stets mit rhachitischen Symptomen einhergeht. Die Art des Zusammenhanges läfst sich nur vermuten. Es ist die Auffassung als hämorrhagische Rhachitis viel näherliegend. Übrigens hat dieses Leiden zuerst Möller beobachtet, während die genauere Darstellung des Krankheitsbildes von Barlow stammt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Kenntnis des Skorbuts, von P. Albertoni. (*Il Policlin.* No. 8. 1895.) Die Untersuchungen des Verfassers beziehen sich auf die Magenverdauung, die Fäulnisprozesse, den Stoffwechsel und einige Blutbestandteile beim Skorbut. Danach würde in vielen Fällen dieser Affektion der Magensaft gar keine freie Salzsäure enthalten und wäre der Aciditätsgehalt überhaupt vermindert. Die Fäulnisprozesse sind in hohem Grade vermehrt, und zwar in einem Mafse, der den Zuständen beim Carcinom gleichkommt. Die Harnbeschaffenheit weist auf einen Verfall der roten Blutkörperchen hin. Der Stoffwechsel ist gestört, und zwar leidet besonders der Assimilationsprozefs. Der Eisengehalt des Blutes wurde bei den vier genau und lange Zeit untersuchten Patienten vermindert und in keinem Verhältnisse zur Zahl der roten Blutkörperchen stehend gefunden, welche selbst eine Abnahme erfahren hatte; dem gegenüber war die Kaliummenge relativ vermehrt. Alle diese Zustände beziehen sich auf die Akme der Affektion und änderten sich mit dem Übergang zur Besserung. *C Müller-Freiburg (Schweiz).*

Traumatische Entzündungen.

Zur Theorie des Verbrennungstodes, von Oscar Silbermann. (*Centralbl. f. innere Med.* 1895. No. 20.) In der vorliegenden kurzen Arbeit wiederholt Verfasser die bekannten, von ihm und anderen Autoren ergründeten Beziehungen der Alteration

der roten Blutkörperchen bei der Verbrennung zu den klinischen und anatomischen Veränderungen beim Verbrennungstod. Er giebt diese Rekapitulation, weil Kobert und Hoffmann seine Arbeit nicht genug gewürdigt haben. Er betont wiederum, daſs die Blutkörperschädigung genügt, alle klinischen Erscheinungen zu erklären. (Darüber lieſse sich ja noch streiten, es scheint doch die Intoxikation mit Verbrennungsprodukten nicht ohne Bedeutung zu sein. Ich weise auch auf die interessanten Befunde Nauwerks am Gehirn von infolge einer Verbrennung Gestorbenen hin; die dort gefundene fettige Degeneration erinnert doch sehr an toxische Vorgänge. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Todesursachen und Organveränderungen nach Verbrühung, von St. Markusfeld und T. Steinhaus. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. path. Anat.* 1895. No. 1.) Die Versuche geschahen nach der Methode von Klebs durch Überhitzen der Ohren von Kaninchen mit 56—66° heiſsem Wasser, wobei die Tiere gewöhnlich zu Grunde gehen. Sie sahen zunächst im Blute bei ca. 50° Kügelchen von Blutfarbe, 4—5 Mal kleiner, als die roten Blutkörperchen, aus diesen durch Abtrennung von Fortsätzen entstehen. Diese Kügelchen nehmen an Zahl zwischen 56° und 66° zu, gleichzeitig erscheinen Mikro- und Poikilocyten, und die roten Blutkörperchen zerfallen in zahlreiche kleinere Bruchstücke. In den Blutgefäſsen findet man Blutplättchenthrombosen, den Blutplättchen sind oft grob- oder feinkörnige Massen beigemengt. Die Körnelung kann auch einer homogenen, hyalinen Masse Platz machen; sehr selten sind Fibrinfäden vorhanden. Die Kapillaren der inneren Organe zeigen hochgradige globöse Stase. Die Gefäſswände und die spezifischen Elemente von Nieren, Leber, Lungen, Herzmuskel, Gehirn und Rückenmark wiesen nichts Abnormes auf. Nur im Gehirn und Rückenmark findet man zuweilen mikroskopische Extravasate; in den Nieren Harncylinder und Blutplättchen. Alle Arterien und Venen der Ohren sind erfüllt mit roten Blutkörperchen; die übrigen Venen enthalten feinkörnige oder homogene Massen. Die Ohren sind ödematös, teigig, zuweilen nekrotisch. Die Temperatursteigerung war eine sehr bedeutende, da das Thermometer in ano 40—40,5° C., am Ende 43—45° zeigte. Übergoſs man die Tiere während des Versuches mit 20gradigem Wasser, so hatte das auf Temperatur, Verlauf und Befund keinen Einfluſs. Um zu beweisen, daſs der Tod der Tiere nur durch Erhitzen des durch die Gefäſse des verbrühten Ohres flieſsenden Blutes bewirkt wird, wurden, soweit möglich, die Ohrgefäſse unterbunden. Dann steigt nicht die Temperatur, die Tiere gehen nicht zu Grunde, die Blutveränderungen treten spät auf, qualitativ in gleicher Weise, quantitativ in sehr viel geringerem Maſse. Auch die Thrombosen waren dann selten zu sehen.

Den Verfassern erscheinen die Thrombosen, die in allen untersuchten Organen gefunden wurden, als die eigentliche Todesursache. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Therapie der Brandwunden, von Karl Schmid. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 14.) Verfasser hat in ca. 100 Fällen folgendes Verfahren bei Brandwunden I. und II. Grades angewendet. Es wird

Vaselin. flav.
Glycerin pur. ää

auf reine Leinwand gestrichen und auf die gründlich gereinigte, von etwaigen Epithelfetzen befreite Haut aufgelegt. Die Erfolge sollen durchaus gute sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Dermatitis durch Berührung einer Primel, von G. Riehl. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 11.) Der Verfasser beobachtete eine Patientin mit hochgradiger Dermatitis an beiden Händen, an den Vorderarmen, dem linken Augenlid, der linken Wange. Die Haut war geschwollen, gerötet, stellenweise bullös. Als Ursache dieser Affektion ergab sich die Berührung einer Primelart (Primula obconica), die aus China

eingeführt ist. Der Sitz des hautreizenden Stoffes sind wahrscheinlich kleine, an den Blättern sitzende Härchen. Diese bestehen aus drei säulenförmig angeordneten, cylindrischen Zellen, deren Endglied kugelig, bläschenförmig oder gefaltet ist, je nach der Füllung. Diese besteht aus einer farblosen oder gelblichen klaren Flüssigkeit. Die Natur des irritierenden Stoffes konnte noch nicht genauer festgestellt werden. Bei weiterer Nachfrage stellte sich heraus, dafs diese böse Eigenschaft der Pflanze den Gärtnern bekannt ist, und sehr viele gegen diese Substanz sehr empfindlich sind. In der Litteratur findet sich nur ein Fall von Posley in der *Lancet* mitgeteilt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Hautgangrän aus inneren Ursachen (Gangraena cutanea medica), von Achard. (*Journ. d. Pratic.* 1895. No. 11.) Dieselbe kommt zu stande: 1. durch Embolien und wird dann meist an den Extremitäten, selten im Gesichte oder der Stirn beobachtet; 2. durch Thrombose (Atherom der Greise); 3. durch nervöse Einflüsse (Degeneration der Nervenfasern und -stämme) bei Tabes, Syringomyelie, Morvanscher Krankheit; 4. durch akute Infektionszustände: Typhus, Syphilis, Cholera, Malaria, Erysipel, Pustula maligna etc.; 5. bei Nieren- und Herzkrankheiten, Diabetes, Affektionen, welche den ganzen Organismus hart mitnehmen und ihn gegen die Einwirkung pathogener Keime weniger widerstandsfähig machen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Neurotische Entzündungen.

Über eine **Hauteruption hysterischen Ursprungs** berichtete W. Dubreuilh auf dem zweiten französischen Kongrefs für innere Medizin (Bordeaux, August 1895). Eine 28jährige Hysterica war von linksseitiger Hemianästhesie befallen und der Vorderarm derselben Seite verdickt, ödematös; die Epidermis fehlte durchweg, und die hochrote Cutis secernierte eine etwas klebrige und übelriechende Flüssigkeit. Die Arm- und Handmuskeln waren in Kontrakturstellung. Einige Monate nach Abheilung dieser Erscheinungen traten am Handteller, welcher bisher intakt geblieben war, Pemphigusblasen auf, die in den nächsten fünf Monaten stets recidivierten und einen ekzemartigen, äufserst hartnäckigen Ausschlag zurückliefsen. (*Sem. méd.* No. 42. 1895.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von Herpes pharyngis, von Richard Heller. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 30.) Ein 23jähriges Dienstmädchen bekommt plötzlich einen brennenden Schmerz im Halse ohne Schlingbeschwerden; dazu gesellen sich Augenschmerzen und am Abend desselben Tages starker Schüttelfrost. Das Allgemeinbefinden verschlechtert sich in den folgenden Tagen, die Augenlider schwellen prall an, ebenso die Parotiden und die Drüsen am Kieferwinkel; Temperatur beim Eintritt in das Spital 39,7. Der Rachen, harter und weicher Gaumen, die Tonsillen sind intensiv gerötet, geschwollen, bedeckt von einer grofsen Zahl disseminierter Bläschen; der rechte Arcus palatoglossus von einem gelblichen, leicht abstreifbaren Belag bedeckt, weniger der linke. Die Schleimhaut unter dem Belag oberflächlich defekt. Nur Staphylokokken sind zu finden. Daneben besteht eine atrophische Rhinitis. Die Bläschen konfluieren stellenweise und führen zur Bildung von 5 — 6 mm im Durchmesser grofsen Plaques. Allmählich gehen die Symptome zurück; und in ca. 14 Tagen ist die Patientin wiederhergestellt, jedoch bestand bei der Entlassung aus dem Spital noch eine leichte Parese des weichen Gaumens.

Folgende Punkte sind an dem eben geschilderten Falle bemerkenswert:

1. Das beiderseitige Auftreten am harten und weichen Gaumen, an den Gaumensegeln und der Epiglottis ohne Affektion des Larynx.

2. Das Fehlen jeder herpetischen Eruption der äufseren Haut und der Lippen.

3. Das völlige Freibleiben der Nasenschleimhaut.

4. Die nachträgliche Parese der Gaumensegel. Die pralle Schwellung der Augenlider, ohne dafs an denselben irgend welche Bläscheneruptionen vorhanden gewesen wären ist schon von JOHNEN in einem Falle berichtet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

CARRIÈRE-Bordeaux beobachtete einen Fall von **Herpes zoster femoro-cutaneus im Verlaufe von Carcinoma uteri** bei einer 45jährigen Frau. Der Eruption war eine mehrtägige schmerzhafte Periode vorausgegangen. Die mikroskopische Untersuchung der Nerven ergab parenchymatöse Neuritis, aber nirgends carcinomatöse Infiltration. Da der genannte Nerv weder direkt mit dem Carcinom in Verbindung stand, noch durch eine infiltrierte Lymphdrüse komprimiert war, nimmt C. an, dafs es sich um eine direkte Einwirkung von Krebstoxinen auf den Nerv gehandelt habe. (*Sem. méd.* 1895. No. 42. Bericht über den zweiten französischen Kongrefs für innere Medizin, Bordeaux im August 1895.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Psychische Einflüsse auf die Entstehung von Herpes zoster, von F. L. POCHIN. (*The Brit. med. Journ.* 19. Jan. 1895.) Eine 70jährige Frau erschrickt heftig bei der Nachricht von dem plötzlichen Tode ihrer Tochter. Vier Tage später entwickelt sich unter schwachen neuralgischen Schmerzen ein Herpes zoster.

C. Berliner-Aachen.

Blutuntersuchungen in Bezug auf die Entstehung des Herpes zoster durch Malaria, von J. M. WINFIELD. (*New York med. Journ.* 6. Apr. 1895.) Die Ätiologie des Herpes ist, wie Verfasser in einer kurzen Übersicht der von den verschiedenen Autoren vertretenen Ansichten darlegt, noch durchaus unsicher und unklar. W. berichtet über acht Fälle, bei denen teils die klinischen Erscheinungen, teils der direkte Nachweis des Plasmodium malariae im Blute das Vorhandensein einer Malariainfektion zur Zeit des Herpesausbruchs anzeigten. Es handelte sich sechsmal um Herpes intercostalis (einmal mit anderweiter Lokalisation kompliciert) und zweimal um ausgedehnte Bläschenbildungen an anderen Körperteilen. Das Alter der Patienten variierte von 3 bis 48 Jahren. Die Plasmodien hatten die vielgestaltige Form (Maulbeerform etc.) und den intercellularen Sitz, wie GOLGI sie beschrieben hat.

Philippi-Remscheid.

Über Herpes zoster, von LUDWIG SCHLITT. (Inaug.-Dissert. Erlangen 1895.) Verfasser giebt einen kurzen Abrifs der Pathologie des Herpes zoster, dabei besonders die bekannten neueren Arbeiten von PFEIFFER, WASIELEWSKI etc. berücksichtigend, welche den Zoster als Infektionskrankheit auffassen, einen Zusammenhang mit dem Nervensystem leugnen. Er berichtet sodann über einige bakteriologische Versuche, den etwaigen Erreger des Zoster festzustellen, die aber alle negativ ausgefallen sind. (Ich verstehe immer nicht, warum der Zoster nicht eine Infektionskrankheit und gleichzeitig eine trophische Störung sein kann. Können nicht Bakterien durch Alteration des Nervensystems das Exanthem hervorrufen? Diese Auffassung würde dann aber gebieten, auf die Erreger nicht peripher in den Bläschen, sondern zentral in dem Nervensystem, etwa in den Ganglien, zu fahnden, eine bei der Benignität des Leidens ziemlich schwer erfüllbare Aufgabe. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Augenaffektionen beim Erythema polymorphum. Als solche beobachtete TERSON (Französische Vereinigung für den Fortschritt der Wissenschaften, Bordeaux im August 1895) auf der Conjunctiva, nach innen, grofse Papeln. Diese Affektion ist öfters bilateral, verschwindet nach 8—10 Tagen, ohne Spuren zu hinterlassen, und verursacht keine bedeutenden Funktionsstörungen. (*Sem. méd.* No. 40. 1895.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Erythromelalgie und Augenleiden, von A. Nieden. (*Arch. f. Augenheilkde.*) Bei einem typischen Falle von Erythromelalgie findet sich während der ersten Attacke eine leichte Neuritis beider Augen, die sich bessert, bei der zweiten aber eine ausgeprägte Stauungspapille. Es ist in diesem Symptom ein Beweis zu suchen für den zentralen Ursprung dieses in seiner Ätiologie und anatomischen Grundlage so dunklen Leidens. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Erythromelalgie, von Elmar Fischer. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1895. No. 8.) Eine 50jährige Patientin zeigte anfangs anfallsweise, später permanent auftretende starke Schmerzen in der linken Hand, beginnend an den Fingerspitzen, später blaurote Flecken an der Innenfläche derselben Hand, ferner Hitzegefühl, gesteigerte Transpiration, kolbige Anschwellung der Endphalangen, Verkrümmung der Nägel, Injektion des Nagelbettes, Knötchenbildung in der Haut. Die ganze Hand ist atrophisch, die Phalangealgelenke sind unbeweglich. Gleichzeitig bestehen Schwindel, Schwächegefühl. Ursache ist oft eingetretene Kälteeinwirkung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Lehre von der Dermatitis herpetiformis, von E. Frantz. Inaug.-Dissert. Strafsburg 1894. Ein erfreuliches Symptom für das Aufblühen der Dermatologie ist der Umstand, dafs man jetzt relativ oft Dissertationen über dermatologische Themata in die Hand bekommt. Noch erfreulicher aber ist, dafs diese Dissertationen nicht nur einige kasuistische Mitteilungen enthalten, wie sie gerade genügen, um zu promovieren, sondern dafs sie monographische Bearbeitungen einzelner Gegenstände in relativ genügender Vollkommenheit darbieten. Auch die vorliegende Arbeit giebt einen hübschen, auch für den Fachmann lesenswerten Abrifs über die Dermatitis herpetiformis und kann daher nur gelobt werden. Der Leiter der Strafsburger dermatologischen Klinik wird sich ein Verdienst erwerben, wenn er häufiger seine Schüler zu derartigen Arbeiten veranlafst. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Drei Fälle von Dermatitis herpetiformis bei Schwangerschaft (Herpes gestationis), von Elliot. (*Americ. Journ. of the med. sciences.* Juli 1895.) Verfasser betrachtet den Herpes gestationis als eine Phase der Duhringschen Krankheit, denn das einzige Kennzeichen ist, dafs es sich um eine Frau handelt und dafs diese zufällig schwanger ist. Der erste der drei mitgeteilten Fälle spricht sehr für diese Ansicht, denn er begann erst nach einer Geburt, trat bei wiederholter Schwangerschaft wieder auf, verschwand aber nicht nach Beendigung derselben, sondern blieb noch lange bestehen. Der dritte Fall endete tödlich. Über die Pathogenese weifs Verfasser nichts Neues auszuführen, es ist eine Dermatoneurose; warum sie im einzelnen Falle auftritt, ist nicht zu eruieren. Auch die Therapie bietet keine Besonderheiten. Verfasser empfiehlt äufserlich Ichthyol. *F. Hahn-Bremen.*

Dermatitis herpetiformis, von Alex. Haslund. (*Hosp. Tid.* No. 1—5. 1895.) Nach einer Übersicht über die bis jetzt vorliegenden Daten werden acht von H beobachtete Fälle mitgeteilt. Herpes gestationis rechnet Verfasser wegen der speziellen Ätiologie und der Verhältnisse der Efflorescenz nicht unter die Hydroa und hat daher keine solchen Fälle hier eingereiht. Unnas Aufstellung von Hydroa puerorum als eine eigene Varietät sieht H. nicht für wohlbegründet an, besonders weil mehrere der bei derselben hervorgehobenen Eigentümlichkeiten (das frühe Auftreten, das Eintreten der Anfälle während der warmen Jahreszeit, das Übergewicht des Schmerzens über das Jucken) sich auch bei Erwachsenen finden können, und andere (die geringere Polymorphie) auf Zufälligkeiten bei den nur fünf von Unna beobachteteten Knaben beruhen mögen. Rücksichtlich der Ätiologie schliefst sich H. an die all-

gemeine Annahme eines nervösen Ursprungs der Krankheit an; in einigen Fällen können toxische Stoffe (z. B. Alkohol; vergl. unten No. 3) Ausbrüche derselben hervorrufen. Betreffs der Therapie hält H. eine ganz symptomatische Behandlung für die beste.

Krankengeschichten: 1. 31jähriger Postexpedient. Dermatitis herpetiformis nach einem katarrhalischen Icterus, wahrscheinlich von demselben durch eine Autointoxikation auf sein wegen Überanstrengung leicht irritables Nervensystem hervorgerufen; sehr ausgesprochene Polymorphie; kein Erfolg von innerlichen Mitteln Arsen u. s. w.); gute lokale Wirkung von Mentholsalicylzinkpasta und besonders auch von Seebädern (wegen der Einwirkung auf das Nervensystem). Das Leiden nahm im Verlaufe der Jahre ab, namentlich nach Verbesserung seiner Lebensverhältnisse. Observationszeit: $5^1/_2$ Jahre.

2. 19jähriger Seemann, welcher vorher gesund gewesen, starb auf der Hospitalsabteilung der Verfassers nach einer Behandlung von $1^1/_2$ Jahren; vorher hatte das Leiden bereits etwa $1^3/_4$ Jahre bestanden. Während des Aufenthalts im Hospital nahm das Leiden zu unter gleichzeitiger Verschlimmerung des Allgemeinzustandes, doch gab es einzelne kurze Remissionen; das Exanthem stellte sich anfallsweise ein in häufigen Ausbrüchen, welche gern von einiger Temperaturerhöhung, Unwohlsein, Schmerz und Jucken eingeleitet wurden. Es war nicht sehr polymorph: erythematöse Flecken und Flächen, Vesikel und Bullae, oft abortiv; während langer Zeit beschränkte es sich auf Kopf, Hals und die distalen Enden der Extremitäten; Volae und Plantae waren fast die ganze Zeit befallen, ebenso die Lippen, ein paarmal auch die Mundschleimhaut. Die Schmerzen, welche am stärksten vor den neuen Ausbrüchen und während derselben waren, traten mehr als das Jucken hervor. Dazu kamen, als ganz ungewöhnliche Phänomene in diesem, auch wegen seiner Malignität, seltenen Fall, verschiedene trophische Störungen: beinahe vollständiger Verlust der Haare, der Augenbrauen, Axillen und Regio pubica, Abfallen beinahe aller Nägel mit mangelhafter Reproduktion, und namentlich eine Atrophie der Finger (Sklerodaktylie). Der Patient magerte beständig ab, bekam zuletzt eine Lungenaffektion und kurz vor dem Tode reichliche Albuminurie. Bei der Sektion fanden sich, aufser einem alten tuberkulösen Herde in der rechten Lunge und verbreiteter Drüsentuberkulose, Bronchiektasie, purulente Bronchitis und disseminierte Bronchopneumonie, welche als direkte Todesursache aufgefafst werden müssen, noch Encephalitis corticalis superficialis und Hyperaemia medullae oblongatae — Medulla spinalis selbst war normal —, endlich Cyanose von Milz, Leber und Nieren.

3. 34jährige Prostituierte. Ein gutartiger Fall von $1^3/_4$ Jahr Dauer (noch nicht geheilt) fing ursprünglich unmittelbar nach übertriebenem Genufs von Hummer und Spiritus an; im späteren Verlauf ist es ebenso namentlich der Genufs von Spiritus, welcher die Exacerbationen hervorruft.

4. 28jähriger Artbeitsmann; sehr polymorphe und verbreitete Efflorescenz mit zahlreichen Exacerbationen, ursprünglich während eines grofsen Kummers angefangen (er verlor auf einmal drei Kinder, die an Diphtherie starben). Am Condylus externus femoris fand sich symmetrisch eine völlig anästhetische Hautinsel von Kinderhandflächengröfse. Dauer: 13 Monate; späterer Verlauf unbekannt.

5. 8jähriger Knabe, Sohn eines Arbeitsmannes. Ein schwächliches Kind mit sehr bedeutender und polymorpher Efflorescenz mit wiederholten Recidiven. Volae und Plantae fanden sich jedesmal mitergriffen (auch bei Patient No. 2 und 3 wurde diese Lokalisation gefunden). Als Patient zum ersten Male in Behandlung kam (etwa fünf Monate nach dem Anfange der Krankheit), zeigte sich Albuminurie, welche H. in Beziehung zur Dermatitis setzt; dieselbe schwand nach einem Monat und wurde

bei späteren Ausbrüchen nicht nachgewiesen. Dauer der Hydroa: etwa 19 Monate; späterer Verlauf unbekannt.

6. 50jähriger Kaufmann. Ein nur wenig verbreitetes erythemato-vesikulöses Exanthem, aber sehr refraktär gegen Behandlung und hartnäckig recidivierend namentlich an den Zehen), dauert jetzt über vier Jahre; ursprünglich in der Analregion angefangen (Patient leidet an Hämorrhoiden), was früher nicht beobachtet zu sein scheint.

7. 21jähriger Maurergesell. Beobachtungszeit etwa zehn Wochen. Da Patient später nicht wiedergekommen ist, vermutet man, die Krankheit wäre von subakuter, gutartiger Form gewesen.

8. 20jähriger Student. Hydroa vom zehnten Jahre an, am schlimmsten im Winter, wahrscheinlich wegen des günstigen Einflusses der Seebäder im Sommer. Nach zwei Jahre später eingezogenen Erkundigungen war das Leiden noch vorhanden, obwohl in geringerem Grade. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Mifsbildungen.

Naevus maternus, von J. P. Allen. (*New York med. Journ.* 6. April 1895). Durch folgende vier Beobachtungen ist Verfasser zu der Überzeugung gelangt, dafs die volkstümliche Auffassung von der Entstehung der sog. Muttermäler die richtige sei: Eine ca. 35jährige Gutspächtersfrau wurde ungefähr um die Mitte der Gravidität durch einen auf ihren Hof niedergehenden Luftballon erschreckt, und beim Umwenden stiefs sie ihren Leib mit einiger Heftigkeit gegen die offenstehende Scheunenthür. Ihr Nachkomme, ein Knabe, hatte auf dem Abdomen das vollständige Bild eines Luftballons nebst Gondel deutlich ausgebildet. 2. Eine Frau, welche längere Zeit eine unbefriedigte Pica auf Birnen gehabt hatte, gebar ein Kind, das am kleinen Finger ein birnförmiges Gebilde von der Gröfse einer welschen Nufs hängen hatte. 3. Eine Frau, welche sich über einen diebischen Hund sehr geärgert hatte, brachte ein Mädchen zur Welt, das ein sehr entstelltes Gesicht hatte. Das linke Ohr war wie das eines Hundes gestaltet, sowie auch, mehr oder weniger, das Auge und der Mundwinkel derselben Seite. 4. Durch ein zum Fenster hereinfliegendes Rebhuhn war eine Gravida lebhaft erschreckt worden und hatte sich die linke Hüfte so arg gestofsen, dafs eine starke Verfärbung entstand und die Frau einige Tage lahm war. Bei der Geburt zeigte das Kind auf der entsprechenden Stelle das Bild eines fliegenden Huhns und mufste, da die Gefäfse später stark wucherten, auf operativem Wege davon befreit werden. *Philippi-Remscheid.*

Naevus vasculosus palati mollis, von B. Panzer. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 26.) Auch an der Schleimhaut des Mundes beobachtet man sowohl das Angioma simplex, als das kavernöse Angiom, letzteres häufiger besonders am Zungenrande. Der flache Naevus vascularis greift oft in continuo von der äufseren Haut auf die Mundschleimhaut über, isolierte derartige Naevi sind selten. Der berichtete Fall zeigt das Muttermal an der linken Hälfte des weichen Gaumens, drei etwa kreuzergrofse dunkelblaue Flecken neben mehreren hanfkorngrofsen. Auf diesen Stellen und über dieselben hinausgehend, sieht man zahlreiche, dilatierte, verästelte und bis hirsekorngrofse, hervorragende variköse Gefäfschen. Die Veränderung ist eine kongenitale und hat niemals Beschwerden gemacht. Die ähnlichen, in der Litteratur bekannten Fälle führt Verfasser an. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Kenntnis des Papilloma neuropathicum, von Dr. H. Albers-Schönberg, Leipzig. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 22.) Verfasser beschreib

einen Fall von streng halbseitigem Naevus linearis, über dessen Entstehungsursachen sich nichts Bestimmtes ermitteln läfst. Derselbe ist nicht kongenital, sondern in früher Jugend entstanden und hat einen langsam progredienten Charakter. Sein Verbreitungsbezirk entspricht den Gebieten gewisser Hautnerven, ohne dafs sich jedoch sonst der geringste Zusammenhang mit den peripheren Nerven oder gar mit dem absolut normalen Zentralnervensystem nachweisen liefse. Ob es sich pathologisch-anatomisch um eine vom Papillarkörper ausgehende Wucherung mit sekundärer Hypertrophie der Epidermis handelt, oder ob umgekehrt die Hypertrophie der Papillen nur die Folge eines Reizes des wuchernden Stratum Malpighii ist, mufs dahingestellt bleiben, um so mehr, als es nicht gelang, Mitosen im Papillarkörper, bezw. im Stratum Malpighii nachzuweisen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Fürst demonstriert im Hamburger ärztlichen Verein (*Dtsch. med. Wochenschr.* Vereins Beilage No. 15, 6. Juni 1895) **einen Fall von Spina bifida occulta mit Hypertrichosis lumbalis.** Der Knabe, siebenjährig, war körperlich und geistig schlecht entwickelt und wies verschiedene Degenerationszeichen auf.

F. Hahn-Bremen.

Beitrag zur Anatomie der Dermoid- und Atheromcysten, von F. König. (*Zeitschr. f. Heilkde.* Bd. XII.) Eine Reihe von Dermoid- und Atheromcysten sind vom Verfasser histologisch untersucht. Er fand in ihnen allen eine Stelle der Wand nicht mit Epidermis bekleidet. Diese ist schon makroskopisch als kreisrunder Fleck von bräunlicher Farbe erkennbar. Das an dieser Stelle vorliegende, vom unterliegenden Bindegewebe gut abgegrenzte Gewebe erhält ein eigentümliches Aussehen durch das oft überwiegende Vorhandensein grofser vielkerniger Riesenzellen. Diese sind als Fremdkörperriesenzellen, den Elementen der bindegewebigen Wand entstammend, dazu bestimmt, die von der Cysteninnenfläche abgesonderten Teile, Fett, Talg, Kalk, Hornschüppchen, Haare, endlich auch Reste von Blutungen, in sich aufzunehmen oder zu umschliefsen. Bei haartragenden Dermoidcysten verleihen die in der Gewebsschicht aufgenommenen, „sekundär implantierten" Haare ihr ein besonderes eigentümliches Aussehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eigentümliche kutane Produkte, von D. Wahltuch. (*Lancet.* 18. Mai 1895.) In der Pathological Society of Manchester zeigte W. einige eigentümliche, gefärbte, faserige und lockige Massen, welche eine 55jährige unverheiratete Frauensperson durch Reiben mit der Hand oder mit dem Handtuch an allen Stellen des Körpers hervorbringen kann. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt folgende Bestandteile einer jeden einzelnen Rolle: 1. eine dicke Lage Epithelzellen; 2. dünne, verfilzte Haare, von denen einige lang und farblos, andere zersplittert und von roter, blauer, grüner oder brauner Farbe sind; 3. unregelmäfsige pigmentierte, rote, blaue, braune oder schwarze Massen; 4. einige wenige Stärkemehlkörperchen; 5. eine minimale Spur von Fett. *Philippi-Remscheid.*

Cagney rät die Anwendung der Elektrolyse als sicherste Methode bei allen Arten von **Naevis** an und nimmt davon nur aus die sternförmigen Naevi, welche durch einfachere Mittel heilbar sind, und die kavernösen, welche besser excidiert werden. (*Clinical journ.* Nov. 1894; *Il Morgagni*, Jul. 1895.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zwei Fälle von Zwergwuchs mit fehlenden Haaren und Nägeln, von J. Hutchinson. (*Arch. of Surg.* 1895. S. 140.) Die Fälle betrafen einen 14- und einen 17jährigen Knaben, die nicht miteinander verwandt waren. Beide stammten von ganz gesunden Eltern, nur dafs die Mutter des ersteren von Kindheit an kahlköpfig

war. Beide sind im Wachstum sehr zurückgeblieben und haben eine völlig atrophische Haut. Das Unterhautfett fehlt gänzlich. Die grofse Fontanelle ist noch offen; die Zähne sind von normaler Gröfse, bei dem älteren Knaben aber unvollständig. Von den Nägeln ist fast gar nichts vorhanden. Die Geschlechtsteile sind nur sehr kümmerlich entwickelt, die Knochen sind dünn. Die Augen haben normale Gröfse. Augenbrauen und Augenlider, Haupthaar und Lanugo fehlen. Die Knaben haben niemals eine nennenswerte Erkrankung durchgemacht; ihre Geschwister haben nichts von der Norm Abweichendes. *Türkheim-Hamburg.*

Über Hypertrichosis localis cystica, von Lungershausen. (*Dtsch. Zeitschr. f. Tiermed.* 1894 Bd. 21. Hft. 1 u. 2.) Verfasser beschreibt vier Fälle von Schrotausschlag des Schweins; der Name erklärt sich aus der sofort auffälligen Ähnlichkeit, welche die Krankheit mit in die Haut zur Hälfte eingesenkten Schrotkörnern verschiedener Gröfse hat. Auf Grund von mikroskopischen Untersuchungen sieht Verfasser sie als eine zu den Hypertrichosen zu rechnende Hemmungsbildung an; das Haar durchbricht die Epidermis nicht, sondern knäuelt sich unter ihr auf; die äufsere Wurzelscheide reifst ab und bildet eine bläschenartige Auftreibung, eine Art von Cyste.
F. Hahn-Bremen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über Enuresis, von Riedtmann. (*Centralbl. f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane.* 1894. Bd. V. Heft 2.) Verfasser veröffentlicht einen von ihm in der Medizinischen Gesellschaft zu Basel gehaltenen Vortrag. Nach eingehenden Besprechungen der anatomischen Teile und der physiologischen Vorgänge bei der Harnentleerung kommt er zu dem Schlufs, dafs die Enuresis auf folgende Weise zu stande kommen kann:

1. Durch übermäfsige Kontraktionen des Detrusors; dieser ätiologische Faktor ist klinisch nicht nachgewiesen, fällt also aufser Betracht;
1. durch Schwäche des Sphincter internus;
3. durch verminderte Sensibilität des Blasenhalses;
4. durch Schwäche des Compressor urethrae.

Die Therapie hat nun folgenden Indikationen zu genügen:

Wo der allgemeine Ernährungszustand notleidet, ihn zu heben, die Sphincteren zu kräftigen und die normale Sensibilität der hinteren Harnröhre herzustellen.

Interne Mittel, wie Belladonna, helfen manchmal, müssen aber oft monatelang gebraucht werden.

Die Elektricität ist oft angewendet worden, doch sieht man bei äufserlicher Applikation der Elektroden selten Erfolg; Applikation im Rectum und Harnröhre stöfst auf grofsen Widerstand seitens der kleinen Patienten, ist auch nicht antiseptisch zu machen.

Oberländer hat die forzierte Dilatation in Narkose empfohlen, ebenso Singer bei weiblichen Individuen. Verfasser empfiehlt mehr die langsame Dehnung der Harnröhre durch Sonden. Zunächst wird die Bougie nur bis zum Kompressor eingeführt, der sich energisch kontrahiert; durch einmalige Einführung läfst das Nässen oft für mehrere Nächte nach. Jeden Tag wird bougiert und so allmählich der Widerstand des Kompressors überwunden; die hintere Harnröhre verträgt die Sonden sehr gut; gewöhnlich hört das Nässen mit dem Moment auf, wo man dieselbe passiert hat. Es wird jeden Tag eine stärkere Nummer eingeführt, bis man das Gefühl hat, die Harnröhre sei gerade für die betreffende Nummer noch passierbar. Beim Herausziehen fühlt man deutlich, wie die Sonde von den Sphincteren krampfhaft umfafst

wird. Meist bleibt das Kind geheilt, sonst werden die Sondierungen wieder aufgenommen, sobald es rückfällig wird. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Versuch über Lähmung und Dehnbarkeit der Harnblase, von Siegmund Exner. (*Arch. f. d. ges. Physiologie.* Bd. 55.) Der Verfasser fand nach Durchtrennung des Rückenmarks, wenn dieselbe in der Höhe des fünften Wirbels ausgeführt wurde, bei Fröschen eine Blasenlähmung, die zu einer exzessiven Dehnung derselben führte, so dafs das Tier ganz unförmlich vergröfsert wurde. Die Blase reichte bis an die Achselhöhlen, hatte in einem Fall ein Volumen von Harn, während der ganze übrige Frosch ein solches von 45 cm besafs. Die Blasenwand war ein dünnes Häutchen geworden, die Muskeltrabekel weit auseinandergerückt. Exprimierte man regelmäfsig die Blase, dann befand sich das Tier wohl; eins konnte so ein Jahr und zwei Monate erhalten werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gymnastik und Irrigation der Harnblase, von B. H. Daggett. (*Buffalo med. and surg. Journ.* Nach dem *New York med. Journ.* 30. Juni 1894.) Vor zwei Jahren hatte D. bereits einmal diese Methode seinen amerikanischen Kollegen empfohlen, und jetzt bestätigt er seine damaligen Angaben unter Darlegung der zu beobachtenden Technik. Der Patient nimmt eine zurückgelehnt sitzende Stellung ein, etwa wie in einem Sitzbad, so dafs der Rumpf in einem Winkel von 45° zur Horizontalen geneigt ist und die Oberschenkel im rechten Winkel zum Rumpfe stehen. Der Irrigator wird etwa 6 Fufs hoch aufgehängt; derselbe enthält etwa 4 l einer Lösung von NaCl mit Glycerin oder Mucilago gummi arabici in Wasser von einer Temperatur von 37° R. (Dieselbe kühlt sich beim Durchlaufen des Schlauchs erheblich ab.) Der Ansatz des Schlauchs wird 1—2 Zoll weit eingeführt, der Penis wird in der Richtung der Pars prostatica festgehalten. Dann läfst man die Lösung auslaufen, bis man an dem besonderen eigentümlichen Gefühl erkennt, dafs die Flüssigkeit den Widerstand des Sphinkters überwunden hat. Nötigenfalls mufs der Versuch wiederholt werden; man mufs sich aber in acht nehmen, das Ausspülen nicht gleich zu häufig und zu intensiv auszuführen, wozu manche aus Freude über die erlangte Geschicklichkeit leicht geneigt sind. *Philippi-Remscheid.*

Ausspülung der Blase und Urethra ohne Katheter, von G. E. Brewer. (*Med. News.* 16. Juni 1894.) Diese von Feleki (u. a.) angegebene Methode hat Verfasser bei mehreren Patienten geübt und mit wenigen Ausnahmen vollständig ausreichend befunden. Er zieht sie der Anwendung des Ultzmannschen Katheters, welcher sehr leicht zu Hämorrhagien Anlafs gebe, unbedingt vor. Bekanntlich besteht das Verfahren darin, dafs man den stumpfen Ansatz eines Irrigatorschlauches eine ganz kurze Strecke weit in die Urethra einführt und unter Kompression des Gliedes (mittelst Daumens und Zeigefingers) den Irrigator 1—3 m hoch erhebt; auf diese Weise wird, namentlich wenn man ein paarmal tief ein- und ausatmen läfst, der Widerstand des Sphinkters meist bald überwunden. Eine ähnliche Methode ist bereits im Jahre 1792 von C. B. Crossfield im *New London med. Journ.* beschrieben worden. *Philippi-Remscheid.*

Beitrag zur Ätiologie der Cystitis, von González Tánago. (*Rev. clin. Madrid.* 1895. No. 8 und 9.) Die bakteriologische Untersuchung von elf Cystitisfällen ergab als Mikroorganismenbefund dreimal Reinkulturen des Bacterium coli, einmal des Proteus, einmal wurde der Gonococcus kultiviert, einmal ein Diplococcus liquefaciens, der mit dem Coccus No. 3 von Petit und Wassermann identisch zu sein schien; einmal ein pathogener Bacillus longus, der sich mit einem nicht pathogenen grauen Bacillus vergesellschaftet fand; zweimal ein vom aureus verschiedener gelber Coccus,

(vielleicht Coccus No. 1 von Petit und Wassermann). Von diesen Parasiten erzeugt der Proteus die schwersten Formen der Cystitis, es folgen dann das Bacterium coli und der Staphylococcus. Die Wege, auf denen die genannten Mikroorganismen in die Blase eindringen und dort unter gewissen Bedingungen Cystitis erzeugen, sind: die Urethra, die Nieren, die weiblichen Genitalorgane, der Darmkanal.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Ätiologie der Cystitis, von Reimar. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 33.) Anknüpfend an einige genau untersuchte Fälle von Cystitis und Pyelonephritis geht Reimar auf die Frage nach der Ätiologie der Cystitis ein und fafst die gegenwärtigen Ansichten dahin zusammen, dafs, abgesehen von der chemischen und tuberkulösen Blasenentzündung, die Cystitis eine durch Bakterieninvasion bedingte Erkrankung der Blasenwand sei, wobei je nach Art und Virulenz der betreffenden Bakterien und je nach der Widerstandskraft der Gewebe, resp. dem Hinzutreten sekundär schädigender Einflüsse die verschiedenen Grade der Entzündung entstehen, die in ihren Extremen als Blasenkatarrh und Blasendiphtherie bezeichnet werden. Besonders hat er die Versuche von Barlow und Schnitzler berücksichtigt. Ersterer hat gezeigt, dafs aseptische Unterbindung der Harnröhre bei kurzer Dauer keinerlei Veränderungen in der Blase hervorruft. Bei längerer Dauer hat sie Hyperämie, Hämorrhagien und Zertrümmerung des Epithels und der tiefer gelegenen Schichten der Blasenwand durch dieselben zur Folge, nie aber entsteht eine akute Entzündung oder eine Zersetzung des Harns. Wurden aber virulente Reinkulturen vom Bacterium coli und Staphylococcus albus injiciert, so erhielt man die Zeichen einer Entzündung der Blasenwand, nie aber eine chemische Veränderung des Urins. Schwerere Formen der Entzündung erhielt Schnitzler, der besonders mit Proteus operierte: Durchsetzung der Blasenwand bis zur Serosa mit Bacillenherden, reichliche kleinzellige Infiltration, teilweise mit Gewebsnekrose, die Lymphgefäfse besonders in der Subserosa mit Eiter erfüllt. Bei länger andauernder Harnstauung steigerten sich die Erscheinungen bedeutend. Den beiden Bakterien, dem Bacterium coli und dem Proteus Hauseri, fällt also bei der Cystitis die Hauptrolle zu. Auch Staphylococcus albus wurde einige Male in Reinkultur aus cystitischem Harn gezüchtet. Aufser diesen Bakterien sind Diplokokken und Streptokokken in Mischinfektion mit ihnen gefunden worden.

Die Frage der Gonokokkencystitis ist noch nicht abgeschlossen. Gewöhnlich erfolgt die Bakterieninvasion auf zwei Wegen, von der Niere und von der Harnröhre aus. Die Frage der Bakteriurie, d. h. eines Durchtritts von Bakterien aus der Blutbahn durch die Niere bei intaktem Nierenparenchym sei noch nicht abgeschlossen. Häufiger erfolge die Infektion von der Harnröhre aus. Auch gegenwärtig, da man die Vorsichtsmafsregeln der Asepsis anwende, sei man vor einer Infektion nie sicher. Es können eben aus der Harnröhre, deren genaue Desinfektion nicht möglich sei, Keime nach innen verschleppt werden. Dieser Reichtum der Harnröhre an Bakterien erkläre auch das spontane Entstehen einer Cystitis z. B. bei Blennorrhoe, die Entzündung der ganzen Harnröhre vernichtet dann die Fähigkeit des hinteren Teiles der Urethra, eine Bakterienüberwanderung zu verhindern. Auch die seltene rheumatische Cystitis sei wohl in gleicher Weise zu erklären. Dafs die spontane Cystitis häufiger beim Weibe als beim Manne entsteht, wird nach Guyon auf die gröfsere Kürze der weiblichen Harnröhre zurückgeführt. Neuerdings ist auf die Möglichkeit einer Infektion vom Rectum aus hingewiesen worden; sobald Fissuren in demselben sich befinden, können vielleicht, wie bei Tieren schon nach einfachen Verletzungen der Rektalschleimhaut, Bakterien in die Blasenwand eindringen. *Neuhaus-München.*

Über zwei Fälle von Cystitis, von Galbraith Faulds. (*Glasgow med. Journ.* Oktober 1894.) Bei zwei weiblichen Patienten, die über Harndrang und Schmerzen

bei der Harnentleerung klagten, wurde die Diagnose auf Cystitis gestellt, trotzdem der Urin, abgesehen von einer geringen Schleimbeimengung, vollkommen normal war und die cystoskopische Untersuchung in dem einen Falle gar nichts und im zweiten nur eine leichte Infektion der Blasenwandung ergeben hatte. (!) Nachdem die üblichen Behandlungsmethoden der Cystitis natürlich vollständig erfolglos geblieben waren, wurde, um das erkrankte Organ ruhig zu stellen, folgendes merkwürdige Verfahren eingeleitet: Kokaininjektion in die Blase; Einführung eines Borlintstreifens durch die vorher erweiterte Harnröhre in die Blase; dieser Streifen sollte zur beständigen Ableitung des Urins dienen und blieb mehrere Tage liegen. Nach anfänglicher Schmerzsteigerung vollständige Heilung, kein Rückfall. Die Behandlungsmethode wird bei hartnäckigen Fällen von Cystitis empfohlen, kann jedoch, wie Verfasser wohl ganz richtig bemerkt, nur beim Weibe Anwendung finden. *H. Einhorn-München.*

Zur Behandlung des Blasenkatarrhs empfiehlt Fedor Schmey (*Therap. Monatsh.* 1894. No. 9) das Piperazin, welches auch gut antiseptisch wirke.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bei der **Behandlung der Cystitis** sind nach J. C. Hebsler (*Univ. med. Mag.* V. No. 12) folgende Hauptpunkte zu beachten:

1. Jede mechanische Quelle der Blasenreinigung mufs geeignete Behandlung erfahren.

2. Die irritierende Wirkung des Urins ist durch Milchdiät, Aufnahme grofser Quantitäten Wassers, Verbot saurer und gewürzter Speisen zu bekämpfen. Bei stark saurer Reaktion ist Kalium citricum, bei alkalischer Acidum boricum zu verordnen.

3. Zur Ableitung der Kongestion der Beckenorgane heifse Vaginalinjektionen; Sorge für Stuhlentleerung.

4. Innerliche Darreichung von Acidum boricum, Salol, Oleum Santali, Balsam. Copaivae oder Kreosot; für alle Fälle, die dieser Behandlung trotzen, werden Blasenspülungen mit Acidum boricum, Acidum carbolicum oder Argentum nitricum empfohlen.

5. Tonisierende Behandlung.

6. Bettruhe bei akuten Fällen unerläfslich. *H. Einhorn-München.*

González Tánago machte mit bestem Erfolge in einem Falle von **schmerzhafter Cystitis die Sectio hypogastrica mit Auskratzung der Blase.** (*Rev. clin.* 1895.) Als schmerzhafte Cystitis bezeichnet Guyon diejenige Form, bei der die Schmerzhaftigkeit das Symptomenbild beherrscht. In dem vorliegenden Falle (11jähriger Knabe) war die ganze innere Fläche der Blase mit Rauhigkeiten, der untere vordere Teil mit Fungositäten besetzt; die ganze Schleimhaut wurde mit dem Volkmannschen Löffel ausgekratzt, Jodoform eingestreut, die Blase mit dem Doppelschlauch (Guyon-Perier) drainiert und eine Pezzersche Sonde eingelegt. Heilung nach sechs Wochen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Sectio alta bei chronischer Cystitis, von G. S. Price. (*Med. News.* 27. Oktober. 1894.) Von verschiedener Seite (Hunter McGuire, Belfield u. a.) ist schon empfohlen worden, bei chronischer Cystitis, welche ohne nachweisbare Ursache aller sonstigen Behandlung widersteht, den hohen Blasenschnitt auszuführen, um auf diese Weise die Blase vollständig drainieren und ruhig stellen zu können. In der That befinden sich viele Patienten mit Prostatahypertrophie oder Tumoren in der Blase viel besser, wenn eine künstliche Urethra überm Schambogen angelegt ist. P. hat bei einem 18jährigen (farbigen) Jungen, der seit seiner Jugend an Inkontinenz litt, so operiert, in der Meinung, möglicherweise einen versteckten Blasenstein zu finden. Es ergab sich, dafs die ganze Blase mit papillomatösen Wucherungen ausgekleidet war, welche wegen ihres enormen Blutreichtums sich nicht abtragen liefsen. Trotzdem

befindet sich Patient bei der künstlich offen gehaltenen Fistel viel zufriedener, als früher. Man sollte, meint Verfasser, bei der grofsen Leichtigkeit und Gefahrlosigkeit (die aber doch keineswegs eine so vollständige ist. Ref.) der Operation dieselbe stets vornehmen, sobald das Mifslingen der gewöhnlichen Therapie auf verborgene Primärursachen der Cystitis schliefsen läfst. *Philippi-Remscheid.*

Ausgedehnter, degenerierter Naevus der Harnblase, von A. Lane. (*The Lancet.* 18. Mai 1895.) Ein 3½jähriges Kind wurde wegen intensiver Hämaturie ins Krankenhaus gebracht. Das Leiden hatte in wechselnder Intensität sich seit zwei Jahren von Zeit zu Zeit gezeigt. An den Nates fanden sich einige zerstreute Naevi, und die Diagnose war deswegen auf Blasennaevus gestellt worden. Bei Eröffnung des Organs durch die Sectio alta traten sofort gröfsere nävoide Massen, teils weich und leicht blutend, teils hart und offenbar von cystischer Beschaffenheit und bis zu Traubengröfse, hervor. Nur zwei kleine Streifen der Schleimhaut zeigten ein normales Aussehen. Unter diesen Umständen wurde von einem weiteren Eingriff abgesehen, aber der Zustand besserte sich unter Darreichung von Strychnin ganz bedeutend.

Bei der Besprechung in der Clinical Society of London wurde ein solcher Fall als durchaus vereinzelt bezeichnet. *Philippi-Remscheid.*

Blasendilatation infolge Retroversio uteri, von W. Gemmell. (*Glasgow med. Journ.* Oktober 1894.) Bei einer Gravida im dritten Monate war durch den Druck des Cervix des retrovertierten Uterus auf den Blasenhals eine Ausdehnung der Blase bis über den Nabel bedingt worden; keine wesentlichen Beschwerden; Urinmenge nach Angabe der Patientin wie gewöhnlich. Nachdem die gewagtesten Diagnosen gestellt worden waren, wurden durch Katheterisation 1½ l Urin entleert. Damit war auch der Tumor verschwunden. *H. Einhorn-München.*

Ein Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase des Weibes, von H. Roediger. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 34.) Eine in die Blase eines 17jährigen Mädchens vor 1¼ Jahren gelangte Haarnadel hatte sich so festgebohrt, dafs der Bügel frei in die Blase hineinragte, die eine Zinke lag in dem Bindegewebe unterhalb und parallel der Harnröhre nach dem Orificium externum hin, die andere Zinke hatte die hintere Blasenwand durchdrungen, lag zwischen Vagina und Blase. Nach Durchtrennung des Bügels ging die Extraktion leicht von statten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase, von Dr. Hochmann in Marienburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* No. 22.) Bei einem 12jährigen Mädchen fand H. in der Harnblase einen grofsen Stein, der sich um eine Haarnadel, mit der sie ¾ Jahre vorher an den Genitalien gespielt und in die Harnblase geraten war, herum gebildet hatte, und dafs die Spitzen dieser Haarnadel das Septum vesicovaginale durchbohrt hatten und in die Vagina hineinragten. Operativ wurde derselbe entfernt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die **„Wendung und Extraktion" einer in die Harnblase geratenen Haarnadel** bei einer 30jährigen Patientin berichtet Cubasch. (*Korrespondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1895. No. 8.) Verfasser dilatierte die Urethra in dem Mafse, dafs er mit dem kleinen Finger in die Blase eindringen konnte und dort eine vor zwei Monaten eingeführte, mäfsig inkrustierte Haarnadel konstatierte, welche sich mit dem einen Schenkel in die Blasenwandung eingebohrt hatte, während der andere frei war. C. drang nun mit einer Uterussonde in die Blase ein, dieselbe bis an die Umbiegungsstelle der Nadel emporschiebend und den eingekeilten Schenkel durch Druck nach oben befreiend.

Indem er dann die Sonde mit der Nadel der vorderen Blasenwand entlang dem Orificium zuführte, gelang es ihm mit Leichtigkeit, die Nadel zu extrahieren.

Diesem Falle fügt Hafftер einen ähnlichen bei, den er vor einigen Jahren zu behandeln hatte. Hier ragte der eine Schenkel in die Vagina hinein und wurde auf diesem Wege mittelst Rosenschen Nadelhalters entfernt. Eine zurückgebliebene Vesico-Vaginalfistel heilte, nachdem die Ränder angefrischt und eine Naht mit Silberdraht angelegt worden war, rasch zu. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein in der Harnblase eines Mannes abgebrochener Metallkatheter, von J. F. Erdmann. (*New York, med. Journ.* 4. Mai 1895.) Es handelt sich um einen 67jährigen Mann, dem wegen Hypertrophie der Prostata ein zusammengesetzter silberner Katheter von seinem Hausarzte eingeführt worden war. Beim Passieren der Biegung brach das Instrument ganz plötzlich ab, doch konnte, da die Bruchfläche ziemlich glatt und eben war, durch geeignete Manipulationen vom Rectum aus und Herunterdrücken des Penis auf den sich glücklicherweise in gerader Richtung einstellenden Fremdkörper die Entfernung desselben schliefslich bewerkstelligt werden. Abgesehen von einer ziemlich erheblichen Blutung scheint der Unfall keine weiteren üblen Folgen gehabt zu haben. *Philippi-Remscheid.*

An der Hand einer Reihe von Fällen geben Jaboulay und Villard eine ausführliche Beschreibung der **inguinalen und kruralen Blasenhernien** in pathologisch-anatomischer, symptomatologischer und therapeutischer Beziehung (*Lyon méd.* No. 9. 1895.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Pathogenese und Behandlung der Cystocele inguinalis, von H. Délagénière. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 1.) Verfasser hat bereits früher drei Fälle von Cystocele inguinalis beschrieben. Ehe er nun seinen vierten Fall genau schildert, macht er wiederum auf die wichtigsten anatomischen und physikalischen Momente aufmerksam, welche bei der Bildung der Cystocele inguinalis die Hauptrolle spielen. Besonders betont er die Bedeutung, welche bei Lähmung der Blasenmuskulatur unter den veränderten Druckverhältnissen der Anordnung des prävesikalen Fettgewebes und dem Peritoneum zukommt. Bei insufficienter Blase, nach unvollkommener Entleerung des Inhalts, weicht das sowohl mit der Bauchwand, als mit der Blase innig verbundene Fettgewebe dahin aus, wo der periphere Druck am geringsten ist, nämlich nach den Leistengruben. Zunächst folgt nur ein Teil der Blasenwand, es giebt einen Blasendivertikel, allmählich kann auch die vom Bauchfell überzogene Partie nachfolgen. Dann bildet sich anfänglich vielleicht nur ein kleiner seitlicher Blindsack aufserhalb der Blase. In diesen serösen Sack können schon Darmteile hineindringen. Später vergröfsern entweder Darmschlingen oder das Netz den Blindsack, während die Cystocele am Platze bleibt, oder der Darm bleibt ruhig, und die Cystocele führt die Vergröfserung herbei.

Die Cystocele hat keine Tendenz, zurückzuweichen. Es wird vielmehr die insufficiente Blase bald von Cystitis ergriffen, Pyelo-Nephritis tritt hinzu und führt zum Tode, wenn die Affektion nicht erkannt wird. Von den sonst noch möglichen Komplikationen sind Steinbildung im Divertikel, Zerrung der Ureteren, Hydronephrose, endlich die Baucheinklemmung hervorzuheben; nur ein radikaler Eingriff ist da am Platze.

Unglücklicher Weise bietet die Diagnose grofse Schwierigkeiten. Nur Harnbeschwerden können einen Verdacht erwecken. Sie ist dann verhältnismäfsig einfach, wenn der Kranke, wie in dem vom Verfasser zuletzt beobachteten Falle, gewisse Angaben macht. So behauptete dieser Patient, er könne nur dann „ausurinieren",

wenn er auf seine Bauchgeschwulst mit der Hand einen Druck ausübe, und auch in den Zwischenzeiten vermöge er durch Zusammendrücken seines Bauches Urin aus der Harnröhrenöffnung zum Ausfliefsen zu bringen.

In eben diesem Falle handelte es sich um eine rechtsseitige angeborene Leistenhernie, welche als eingeklemmt und mit Cystocele kompliciert dem Verfasser zu Gesicht kam. Der Bruchschnitt wurde vollzogen, der Darm reponiert. Die Freimachung der Cystocele war schwierig, gelang aber, ebenso die Zurückbringung der Blase hinter die Symphyse. Es trat Heilung ein. Im Notfalle rät Monod, ein Stück der den Bruch bildenden Blase zu resecieren, dieses Organ zu vernähen und dann zu reponieren. Délagénière stimmt diesem Vorschlage zu, sobald die äufseren Verhältnisse eine Verlängerung des operativen Eingriffs erlaubten.

Neuhaus-München.

Primäres Carcinom der Blase, von Targett-London. (*Brit. med. Journ.* 12. Januar 1895.) Verfasser beschreibt an der Hand von Abbildungen die makroskopischen und mikroskopischen Befunde eines zur Autopsie gelangten Falles von primärem Blasencarcinom. *C. Berliner-Aachen.*

Einen Blasenkrebs demonstriert O. Israel in der Berliner medizinischen Gesellschaft, Sitzung vom 14. November 1894. Der Tumor stammt von einem 35jährigen Kranken, der 17 Jahre vor dem Tode schon Störungen seitens der Harnorgane in Gestalt intermittierender Blutungen aufwies. Vor vier Jahren waren diese heftiger, liefsen aber wieder nach, um im letzten Frühjahr sehr zuzunehmen. Es wurde jetzt eine fast armdicke Geschwulst, quer über dem kleinen Becken, dieses ganz ausfüllend, gefunden, aufserdem in der Blase Steine. Bei der Sektion stellte sich heraus, dafs der Hauptteil der Neubildung in den Blasenwänden lag, die bis 5 cm dick waren. Das Rectum war bis auf eine ganz kleine Spalte komprimiert, die Urethra stellenweise dislociert. Die Prostata ist auch durch krebsige Infiltration erheblich vergröfsert. In der Pars membranacea urethrae liegt ein Phosphatstein fest eingeklemmt. Die Blasenhöhle ist sehr verkleinert, die Oberfläche geschwürig, eiterig infiltriert und kalkig inkrustiert. Metastasen im ganzen Körper. Die linke Niere zeigte Hydronephrose, die rechte Pyelonephritis und zahllose kleine Abscesse. Das Mikroskop ergiebt Carcinom. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

B. E. Vaughan spricht vor der Sektion on Genito-Urinary Surgery, Sitzung vom 9. Oktober 1894. (*Americ. med.-surg. Bull.* 1. November 1894) über ein **tuberkulöses Geschwür der Blase** bei einem 28jährigen Manne. Fieber, Kopfschmerzen, häufige und schmerzhafte Harnentleerung, Urin eiterhaltig. Nach Erweiterung einer bestehenden Urethralstriktur Irrigation der Blase mit Borsäuresolution und Argentum nitricum 1‰ ohne Erfolg. Die cystoskopische Untersuchung ergiebt ein scharf begrenztes Geschwür am Blasengrund, der Urin enthält keine Tuberkelbacillen. Einmalige Instillation einer 10%igen Höllensteinlösung, die sofort neutralisiert wird, Schmerz unbedeutend. Eine Woche später ist das Geschwür in Heilung begriffen. Nach weiteren zwei Injektionen verläfst Patient bedeutend gebessert das Spital; acht Tage später enthält der Urin Spuren von Eiweifs und Zucker und Tuberkelbacillen. Nach Verlauf von zwei Monaten Hämorrhagie aus der Blasenschleimhaut. Nach Einleiten der alten Behandlung und Irrigation der Blase mit einer Sublimatlösung (1 : 40,000) Heilung.

In der nämlichen Sitzung teilt V. einen Fall von **superficieller Ulceration der Blasenschleimhaut mit tödlicher Hämorrhagie** mit. Vor 20 Jahren rasch vorübergehende Hämaturie. Plötzlich auftretende, profuse Hämorrhagie aus der Blase; die kombinierte Rektaluntersuchung ergiebt aufser einer schmerzhaften Stelle der

Blasenwandung links von der Medianlinie nichts Besonderes. Behandlung: Bettruhe, Ergotin, Morphium, Eisblase, Irrigation mit 1%iger Kreolinlösung. Sektion: Blase durch Blut stark, ausgedehnt, die Schleimhaut zeigt auf ihrer ganzen Oberfläche punktförmige bis ½ Zoll im Durchmesser messende Erosionen, Ödem der Blasenwandung bis zum Peritoneum.

In der Diskussion betont Brewer, dafs tuberkulöse Affektionen der Blase regelmäfsig sich wiederholende, tägliche Temperatursteigerungen bedingen, bei kontinuierlichem, mäfsigem Fieber handle es sich meist um einfach entzündliche Vorgänge. Durch Höllensteinlösung würden die tuberkulösen Blasen- und Prostataerkrankungen nach seiner Erfahrung stets verschlimmrrt.

Brown weist darauf hin, dafs Tuberkelbacillen am Beginne tuberkulöser Blasenerkrankungen meist nicht aufgefunden werden können. *H. Einhorn-München.*

Milchsäure gegen Blasentuberkulose, von Wittzack. (*Centralbl. f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg.* Bd. V. Heft 2. 1894.) In einem Nachtrag zu seiner Arbeit über obiges Thema in Band IV desselben Werkes teilt Verfasser mit, dafs Merck in Darmstadt nunmehr Cocainum lacticum dargestellt hat; dies spaltet sich in der Blase in freies Kokain und Milchsäure. Verfasser empfiehlt nun bei Blasentuberkulose, nach Entleerung der Blase täglich 1 g von folgender Lösung zu injicieren:

Cocain. lactic.	1,0
Aq. dest.	9,0

Allmählich werden dann 4 g obiger Lösung durch reine Milchsäure ersetzt nach folgender Formel:

Cocain. lactic.	1,0
Aq. dest.	5,0
Acid. lactic.	4,0

Es wird wöchentlich 1—2 Mal davon 1 g injiciert.

Für die Prüfung der Wirksamkeit der Methode ist unerläfslich, genau zu unterscheiden, ob nicht die Blasentuberkulose mit Nierenbeckentuberkulose kombiniert ist, bezw. ob es sich überhaupt nur um Pyelitis tuberculosa handelt. In diesem Falle kann natürlich die lokale Behandlung der Blase nicht helfen. *F. Hahn-Bremen.*

Hundert Blasensteinoperationen (700—800), von v. Dittel. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1894. No. 33.) Der Verfasser will mit diesem Bericht seine Massenpublikation abschliefsen, da er nicht glaubt, neue Gesichtspunkte künftig noch aufdecken zu können. Auf Grund von 150 Fällen von Sectio alta glaubt der Verfasser, dafs ein Bedürfnis nach einem Ersatz der Operationsmethode durch Schnitt in der Linea alba nicht vorhanden ist; dieselbe genügt stets, um bei geschulter Assistenz, Beckenhochlagerung, Benutzung breiter Spatel den ganzen Innenraum der Blase freizulegen. Höchstens hat die quere Ablösung der Musculi recti von der Symphyse eine Berechtigung für gewisse Fälle. Von den 100 Fällen sind 67 mit Litholapaxie, 32 mit Epicystotomie, 1 mit Medianschnitt operiert. Die mit Litholapaxie behandelten genasen alle; Behandlungsdauer durchschnittlich elf Tage; von den durch Sectio alta Operierten starben fünf (= 15,6%). Das Einlegen der Dauerkatheter ruft leicht eiterige Urethritis und Cystitis hervor und steigert eine vorhandene Blasenschwäche bis zur Insufficienz; es wird deshalb nur im Notfalle und nur für die erste Nacht ausgeführt.

Prostatahypertrophie indiciert nicht stets den Schnitt; wo der Katheterismus sehr schwierig ist, ist die Sectio alta sicher ungefährlicher. Bedenklich ist diese nur bei Patienten mit dickem Panniculus adiposus, kachektischer Hautfarbe, bei Alkoholikern und Diabetikern, bei Atheromatösen und bei hochgradiger Erkrankung der oberen Harnwege. Die Todesursache bei den fünf nach Sectio alta Gestorbenen war

zweimal hypostatische Pneumonie, zweimal Infektion, einmal Lungenödem und Fettherz.

Die Blasennaht ist zwölfmal partiell, sechsmal total ausgeführt. Bei offener Wundbehandlung hat Verfasser noch keinen Mifserfolg gehabt.

Recidive hat Verfasser in dieser Serie zehnmal gesehen. Nach Litholapaxie beträgt die Zahl der Recidive 15%, nach Sectio alta 13%. Dieselben sind wohl nicht durch Fehler der Methode, sondern durch das Weiterbestehen cystogener oder nephrogener Bedingungen der Steinbildung entstanden.

Die Arbeit giebt sodann in Tabellen eine Zusammenstellung aller 100 operierten Fälle und dann zahlreiche, klare Krankengeschichten, die zu studieren nur jedem Urologen als sehr belehrend empfohlen werden können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Klinische Bemerkungen über 64 Fälle von Blasensteinoperationen, von E. F. Neve. (*Brit. med. Journ.* 3. November 1894.) Die Mortalität betrug:

a) bei der Litholapaxie 3 unter 21;

b) bei der perinealen Lithotripsie 3 von 26 (Nierenkrankheit, septische Peritonitis, Shok);

c) bei der suprapubikalen Lithotomie 6 von 17.

Der Procentsatz der Mortalität ergiebt sich aus den Zahlen.

C. Berliner-Aachen.

852 Operationen von Blasensteinen, von Freyer. (*Brit. med. Journ.* 16. Juni 1894.) Von den 852 Fällen wurden 245 mit dem Dammschnitt, 6 mit dem suprapubikalen Schnitt, 3 durch rapide Dehnung der weiblichen Urethra und 598 mit Lithotripsie behandelt.

Verfasser macht Angaben über das Alter und das Geschlecht der Patienten, über die Dauer der Behandlung, das Gewicht der entfernten Steine, über Recidive der Steinbildung, über die Technik der Operation, Mortalität der Operierten etc.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von encystiertem Blasensteine mit Ruptur der Cyste und tödlicher Peritonitis, von W. Royden. (*Brit. med. Journ.* 2. Februar 1895.) Ein 64jähriger Mann litt seit zehn Jahren an Hämaturie, die ihm keine Schmerzen bereitete und ihn wenig genierte. Die Blutungen traten 4—5 Mal im Jahre ganz plötzlich auf, hielten 3—4 Tage an und verschwanden ebenso plötzlich. Als im letzten Jahre die Blutungen länger andauerten, wurde Verfasser konsultiert. Bei der ersten Untersuchung wurde kein Stein entdeckt. Nach mehreren Wochen wurde Patient von heftigen Schmerzen befallen und entleerte beim Urinieren ein Stück eines Phosphatsteines, worauf Erleichterung eintrat. Das gute Befinden hielt nur kurze Zeit an. Schon nach einigen Wochen wiederholte sich der Anfall, und wenige Tage später verfiel Patient in Collaps, dem bald darauf der Tod folgte. Die Autopsie ergab akute Peritonitis, am Blasenfundus eine sackähnliche Ausstülpung, in welcher sich weifse Phosphatstücke befanden. Auf dem Boden der Ausstülpung wurde eine runde Öffnung bemerkt, durch welche Urin in die Bauchhöhle abgeflossen war und die Peritonitis veranlafst hatte.

C. Berliner-Aachen.

Wegen eines 75,0 schweren **Blasensteins** machte Bérard die **temporäre Cystotomia suprapubica.** Der Stein hatte zu schwerer Cystitis mit beginnender Urininfektion geführt. Die künstliche Abdominalöffnung konnte 14 Tage nach der Operation der Vernarbung überlassen werden. (*Lyon méd.* 1895. No. 26.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Thévenin berichtet über einen Fall von **Blasen-Harnröhrenstein** bei einem 29jährigen Manne, der seit seinem zehnten Jahre an Miktionsbeschwerden gelitten

hatte. Entfernung des 18,0 schweren, hantelförmigen, im Blasenhals gelegenen Steins durch Cystotomia suprapubica. Der künstliche Meatus wurde behufs Nachbehandlung der Cystitis noch längere Zeit offen gelassen. (*Arch. prov. de Chir.* 1894. pag. 134.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Gangolphe extrahierte einem 35jährigen Gärtner, welcher an Incontinentia urinae litt, einen **voluminösen Blasenstein** (von 16 cm Länge und 13 cm Breite) mittelst Sectio hypogastrica. Als Kern des Steins fand man eine Bohne, welche angeblich 5—6 Monate vorher dem betrunkenen Patienten in die Harnröhre eingeführt worden war. (*Lyon méd.* 1895. No. 1.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zwei Fälle von Blasenstein mit primärer Verheilung der Blasenwunde nach Sectio alta, von Page. (*The Lancet.* 12. Januar 1895.) Verfasser sah nach Blasennaht öfter unangenehme Eiterungen; infolgedessen nähte er in zwei Fällen bei Erwachsenen die Blase nicht, was er bei Kindern öfter gethan hatte. Die Hautwunde wurde vernäht und ein Verweilkatheter eingelegt; es trat primäre Heilung ein. Verfasser empfiehlt sein Verfahren zur Nachprüfung. *F. Hahn-Bremen.*

Lithiasis beim Weibe (Steinschnitt), von Baaz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 50.) Der Verfasser berichtet über ein 17 Jahre altes Mädchen, welches seit ihrem zehnten Jahre an Harnbeschwerden gelitten hatte, die sehr hochgradig waren. Als Ursache derselben erwies sich ein grofser Phosphatstein, der sich um eine Haarnadel entwickelt hatte. Wegen seiner Gröfse wurde er durch Vesico-Vaginalschnitt entfernt. Die Beschwerden hörten sofort auf, jedoch hielt die Naht nicht und es entwickelte sich eine Vesico-Vaginalfistel, deren Schliefsung bisher trotz mehrfacher Operationen nicht geglückt ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Lithiasis und ihre Behandlung, von P. F. Richter. (*Der ärztl. Prakt.* 1895. No. 5.) Nach einer kurzen Erörterung der strittigen Ursachen der Steinbildung beleuchtet der Verfasser die für den Praktiker wichtigen therapeutischen Momente, wobei er sich in löblicher Weise von der vielfach üblichen überschwenglichen Lobpreisung verschiedener „steinlösender" Medikamente fernhält. Er empfiehlt für kernsaure Steine eine nicht zu ängstlich zusammengestellte, mäfsige, leicht verdauliche Diät. Anregung des Stoffwechsels, warme Bäder. Von alkalischen Wässern ist Vals, Vichy, Fachingen von besonderem Werte. Natrium bicarbonicum oder Cantanische Pulver sind für kurze Zeit mit Vorteil zu verwenden. Die Sandowschen Salze werden mit Recht hervorgehoben. Der Urin darf dabei nur neutral oder schwach sauer, niemals ganz alkalisch werden. Gröfsere Steine aufzulösen, ist mit Rücksicht auf ihre organische Grundlage (Ebstein) kaum möglich. Von Medikamenten scheint Uricedin harnsäurelösende Kraft zu haben, Glycerin (50—100 ccm) den Abgang von Gries und Steinen zu befördern.

Bei Oxalatsteinen sind Kohlenhydrate, besonders Spinat, zu meiden, Alkalien anzuwenden.

Phosphatsteine und Phosphaturie erheischen Anwendung von Säuren, Salz-, Phosphor-, Milchsäure, und Salol zur Verhütung von Gärungen.

Bei Cystinsteinen ist Ammonium carbonicum empfohlen worden.

Die chirurgische Behandlung der Steine findet am Schlusse Erwähnung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Beseitigung von Blasensteinen, von W. S. Forbes. (*Med. News.* 23. Juni 1894.) Die vorliegende Veröffentlichung bezeichnet einen ganz wesentlichen Fortschritt in der Geschichte der Litholapaxie, indem von dem Sohn des Vortragenden, Herrn John S. Forbes, Ingenieur, in sehr sinniger und einfacher Weise ein Apparat

konstruiert worden ist, um einesteils die Härte und Resistenzfähigkeit der verschiedenen Blasensteine in exakten Zahlen auszudrücken und andererseits die Leistungsfähigkeit des Lithotriptors genau zu bestimmen. Ferner hat Herr Forbes einige Verbesserungen angegeben, welche es ermöglichen, auch die härtesten bis jetzt bekannten Steinarten mit Sicherheit zu zertrümmern.

Der Meſsapparat besteht, kurz gesagt, aus einem Gestell, in welchem der Lithotrib festgehalten wird. Die Drehscheibe des Instrumentes steht mit einer über eine hochhängende Rolle gehenden Schnur in Verbindung; am anderen Ende der Schnur ist ein Behälter zur Aufnahme von Gewichten angebracht; abgesehen von geringen Abzügen für Reibung entspricht die Summe der aufzulegenden Gewichte der Resistenzfähigkeit der zu untersuchenden Konkremente. Mit diesem Apparate untersuchte Verfasser 184 Steine, welche er sich aus der Sammlung des Jefferson Medical College und von einigen Kollegen verschaffte. Der härteste Stein, ein knolliger Oxalatstein mit geringer Beimischung von Harnsteinsäure, hielt einen Druck von 104 ℥ (52 kg) aus, ehe er (in zwei Teile) zersprang. Am leichtesten zu zerdrücken war ein rauher Phosphatstein (7,86 ℥ = 3,93 kg), während ein Cystinstein immerhin 62 ℥ (31 kg) ertrug. Zu bemerken ist, daſs sämtliche Steine durch das mehr oder weniger (1—70 Jahre) lange Aufbewahren ausgetrocknet und härter geworden sein mochten. Ferner wurde durch diese Untersuchungen sehr deutlich bewiesen, daſs ein Stein einen gewissen Druck oft eine Zeitlang aushalten kann, dann aber oftmals auch ohne Vermehrung der Belastung sich auflöst.

Schlieſslich fand es sich, daſs der neue, hier aus Mangel an Raum nicht näher zu beschreibende Lithotriptor mit einem Lumen von 33 F. einen Druck von 600 ℥ (300 kg) ohne irgend welchen Nachteil ertrug, während Bigelow (33) bei 495 zerbrach, und Thompson (29) bei 382 sich total verbog.

Von der Firma Tiemann & Co.-New York werden fortan sämtliche Instrumente mit dem Prüfungsapparat vor dem Verkauf untersucht und ihre Leistungsfähigkeit in Zahlen ihnen aufgestempelt werden.

Wenn man nun durch weitere Untersuchungen die äuſserste Härtegrenze der Blasensteine annähernd genau kennen gelernt haben wird, so wird, vorausgesetzt, daſs man einen leistungsfähigen und zuverlässigen Lithotriptor besitzt, die bisher bestehende Kontraindikation der Härte des Steins bei sonst angezeigter Litholapaxie in Zukunft zweifelsohne wegfallen. *Philippi-Remscheid.*

Blasenstein; die zu wählende Operation, von W. H. Hingston. (*Med. News.* 16. Juni 1894.) Nach einer kurzen Besprechung der resp. Vorteile der Lithotomie und der Litholapaxie stellt H. folgende Thesen auf: Die Zertrümmerung ist vorzuziehen bei allen Erwachsenen (auch bei Incontinentia urinae), wenn 1. der Stein nicht zu hart oder zu groſs ist; wenn 2. die Harnröhre genügend erweitert werden kann; 3. selbst bei ganz jungen Kindern, wenn die Urethra ein Instrument einführen läſst; sonst ist 4. bei diesen der Lateralschnitt angezeigt. Wenn 5. eine Prostatahypertrophie das Ergreifen und Zertrümmern des Konkrements unmöglich macht, so thut man gut den hohen Blasenschnitt vorzunehmen. Verfasser hat bei zwei solchen Fällen, wo er zu seinem nachherigen Bedauern den Lateralschnitt gemacht hatte, die Steine nicht unzertrümmert entfernen können.

Bei Frauen gelten noch die alten Regeln; in allen angängigen Fällen Dilatation der Urethra und Entfernung per Vias naturales. *Philippi-Remscheid.*

In der belgischen medizinischen Académie formulierte Debaisieux die **Indikationen des Blasenstichs** in folgenden Sätzen:

1. Der Blasenstich muſs auf die Fälle beschränkt werden, wo das Einführen von

Sonden auf den normalen Wegen unmöglich oder gefährlich geworden sind. Im übrigen ist er eine gefahrlose Operation.

2. Die Punktion mit dem grofsen Troicart mit nachfolgender Einführung einer weichen Sonde in die Wunde ist den wiederholten Punktionen mit feinen Nadeln vorzuziehen. Sie soll mit der Irrigation aseptischer Flüssigkeiten verbunden werden.

3. Mit der Cystostomia suprapubica verglichen, entspricht der Blasenstich besser allen Anforderungen einer Notoperation. Erstere soll auf die Fälle beschränkt werden, wo eine Wiederherstellung einer normalen Harnentleerung erwartet werden darf. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 37.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die ideale Cystotomie, von Coulland. (Dissertation, Lyon 1895.) Dieselbe ist eine von Wassilieff empfohlene Modifikation der Poncetschen Methode und bezweckt, 1. die Bildung eines fibromuskulären Ringes am kutanen Ende der Bauchwunde, 2. eines möglichst langen Kanals, der von vorn und oben nach unten und hinten zieht. Zu diesem Zwecke zieht W. die Blasenschleimhaut in den Bauchkanal hinein und vernäht sie mit der Bauchhaut; auf diese Weise wollte W. eine künstliche Urethra mit zwei Sphinkteren erzeugen, einen mit glatten und einen mit gestreiften Muskeln. Die Praxis hat jedoch diesen theoretischen Kombinationen nicht entsprochen, wie Coulland mitteilt. (Nach *Lyon méd.* 1895. No. 21.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Montenovesi empfiehlt als **neue Methode zur Ausführung der Cystotomie** folgende: Die Blase wird mit circa 200,0 Flüssigkeit angefüllt; ein Katheter wird nicht eingeführt, sondern die Urethra an der Wurzel mit einem elastischen Bande abgeschlossen. Bei der Führung des Hautschnittes hält er sich parallel dem aufsteigenden Ast des Os ischii, auf dem Haut, Unterhautzellgewebe und Aponeurose eingeschnitten werden. Der Musculus ischio-cavernosus wird mit dem Nerven und der Arterie (pudend.) vom Knochen abgetrennt, die tiefe Dammaponeurose incidiert, ebenso die Muskulatur, worauf er auf die Blase gerät. Zur Eröffnung dieser letzteren ändert man die Schnittrichtung und schneidet nach aufsen hin die Wand ein. M. will auf diese Weise die Durchschneidung der Arteria transversalis perinei, sowie gewisse Folgen anderer Operationsmethoden (Inkontinenz, sexuelle Impotenz etc.) vermeiden. (*Rif. med.* 1895. No. 76.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Einen Fall von Cystotomia suprapubica stellt Debaisieux in der Académie de médecine de Belgique zu Brüssel vor, welche er bei einem 77jährigen Patienten wegen Harnverhaltung ausgeführt hat, nachdem eine Sondierung vergeblich, eine Kapillarpunktion ohne besonderen Erfolg versucht war, nach Punktion mit nachfolgender Drainage doch zeitweilig Retentionserscheinungen und Temperatursteigerungen eintraten. Das Ergebnis der Cystotomia suprapubica war ein aufserordentlich gutes. Patient ist gesund, entleert seinen Harn alle $1^1/_2$ Stunden am Tage, alle zwei Stunden in der Nacht durch die Öffnung in der Bauchwand, die täglich vom Patienten bougiert wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Epicystotomie beim Kinde, mit vollständiger Blasennaht, von F. Folina. (*Rif. med.* 1895. No. 43 u. 44.) F. fafst das Resultat seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Epicystotomie giebt bei Kindern ganz gute Resultate.

2. Die Blasennaht soll jedesmal ausgeführt werden, wenn die Blase von normaler Beschaffenheit ist.

3. Zwei Nähte genügen hierbei vollständig zur Erzielung einer festen Narbe.

4. Bei Mädchen läfst sich zur Enukleation von Steinen keine andere Operation anwenden. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Lithotomia suprapubica; grofser Stein, von G. Buchanan. (*Glasgow med. Journ.* November 1894.) Bericht über die Entfernung eines 134 g schweren Harnsäuresteines aus der Blase durch eine Cystotomia suprapubica; ohne weiteres Interesse.

H. Einhorn-München.

Vergleich der Heilresultate bei suprapubikaler, lateraler Lithotomie und bei der Litholapaxie, von G. Barling. (*Brit. med. Journ.* 5. Mai 1894.) Verfasser bespricht kurz die Vorzüge und Nachteile der einen und der anderen Methode und bringt statistische Daten aus fünf Hospitälern in London und sechs in der Provinz.

Die suprapubikale Lithotomie wurde an männlichen Individuen unter 10 Jahren in 44 Fällen mit 34 Heilungen und 10 mit letalem Exitus, über 10 bis 20 Jahren in 28 Fällen mit 23 Heilungen und 5 mit letalem Exitus.

Von 39 (unter 10 Jahren) lateral Lithotomierten wurden 37 geheilt, 2 starben, von 20 über 10 Jahren Operierten wurden sämtlich geheilt.

Bei der Litholapaxie wurden von 43 (unter 10 Jahren) Operierten 42 geheilt, 1 starb; die 16 (über 10—20 Jahren) Operierten wurden sämtlich geheilt.

Verfasser empfiehlt unter den drei Methoden am wärmsten die Litholapaxie.

C. Berliner Aachen.

Hoher Blasenschnitt wegen Blasenblutung, von Cheesman-New York. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 8.) Ein junger Mann von 24 Jahren litt seit drei Jahren an einer starken Hämaturie, welche zeitweilig aufhörte. Die lebhaftesten Anfälle zur Winterszeit waren von Rückenschmerzen begleitet, welche sich steigerten, sobald die Blase durch Blutgerinnsel ausgedehnt war. Nach dem Katheterismus steigerte sich die Blutung. Die Untersuchung mittelst der Thompsonschen Sonde war negativ. Als dann die Blutung bedrohlich wurde und mehreren Ärzten eine Neubildung als gegeben erschien, wurde die Sectio alta zur Aufklärung ausgeführt. Man entdeckte als Ursache der Blutung eine variköse Vene, die sich in der Höhe des Trigonum Lieutaudii befand. Kompression mittelst Gaze stillte die Blutung. Um eine völlige Blutstillung zu erzielen, bespülte man die Blasenwand mit Monsells Solutio (Alaun und Tannin in Lösung), der Thermokauter wurde nicht benutzt, weil man eine eventuelle Verengerung des Orificium internum urethrae vermeiden wollte. Der vor der Operation sehr anämische Kranke wurde völlig geheilt, die Hämaturie blieb weg. Der Fall beweist deutlich die Überlegenheit der Sectio alta über die von Thompson und Harrison empfohlene Sectio mediana, sobald es sich um Erforschung der Blase handelt.

Neuhaus-München.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Beitrag zum Studium der Meningo-Myelitis blennorrhoica, von J. Barié. (*Thèse de Paris.* 14. Juni 1894.) Von der genannten Krankheit liegen im ganzen etwa 30 Beobachtungen vor. In dem von B. mitgeteilten Falle wurde das Rückenmark auf Gonokokken untersucht, aber erfolglos. Er teilt die Fälle in akute und subakute Formen. Die erstere tritt meist zu Beginn eines Trippers mit heftigen Lendenschmerzen ein; Harnverhaltung, dann Inkontinenz; Lähmung der unteren Extremitäten, Gangrän der Kreuzbeingegend. Der Ausgang in Heilung, ohne dafs Störungen hinterblieben, ist nicht selten.

Die subakute Form ist dagegen bei Leuten häufiger, die schon vielfach an Arthritis gelitten hatten; hier schleicht sich langsam eine Atrophie der unteren Extremitäten mit Schmerzen in der Lendengegend ein. Auch hier kann nach langem Verlauf völlige Heilung eintreten.

Türkheim-Hamburg.

Pitres berichtet über zwei Fälle von **cerebralen Erscheinungen im Verlaufe von Blennorrhoe** (Apoplexie, Hemiplegie, Konvulsionen) bei einem 24jährigen und einem 59jährigen Manne. Der eine derselben verlief letal. (*Rev. neurol.* 1894. No. 14, 15, 16.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Peliosis et Chorea blennorrhoica spricht im Verein für innere Medizin in Berlin, Sitzung vom 10. Dezember 1894, (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 2.) Litten. Der Tripper kann zu Erkrankungen der Gelenke, des Herzens und Zentralnervensystems führen; auch allgemeine Sepsis ist in schwersten Fällen beobachtet. Die Bezeichnung „Peliosis" findet sich schon bei Hippokrates. Schönlein und Traube zeichneten als „Peliosis rheumatica" ein bestimmtes Krankheitsbild, ein Gelenkleiden mit Blutungen. Traube hat auch zuerst einen Fall von Tripperrheumatismus diagnosticiert. Nicht immer findet sich in der Litteratur die Bezeichnung „Peliosis rheumatica" an richtiger Stelle gebraucht. Der Vortragende geht dann auf die mit Hämorrhagien der Haut einhergehenden, verschiedenen Krankheiten des näheren ein, wobei er eine scharfe Abgrenzung von Purpura haemorrhagica, Skorbut und Morbus maculosus nicht für berechtigt hält. Weder die Gröfse, noch die Konfluenz der Petechien, noch die Beteilgung der Schleimhäute und der inneren Organe, noch endlich die Reihenfolge der Erscheinungen darf für die Natur der Erkrankung mafsgebend sein, sondern nur die Ätiologie. Die Kranken haben eine geringe Widerstandsfähigkeit der Haut, neigen deshalb wohl auch zu rheumatischen Erkrankungen. Der Redner berichtet über Fälle, die genau der Schönleinschen Schilderung entsprechen, aber durch Blennorrhoe hervorgerufen waren.

Die Tripper-Endocarditis ist eine meist heilende verruköse Mitralerkrankung, die Entzündungsprodukte scheinen mehr der Resorption zugänglich zu sein. Fieber kann vorhanden sein oder fehlen. Als Vermittelungsglied ist stets eine Gelenkaffektion anzusehen. Auch eine septische Endocarditis kann bei Tripper auftreten. Klebs unterschied eine monadische und eine septische Form; erstere soll durch Monadinen in den Auflagerungen bewirkt sein. Der Vortragende hat eine rheumatoide und septische Form der Endocarditis aufgestellt; die Bezeichnung „septische" ist teils eine anatomische, teils eine ätiologische, keine klinische. Bei dieser Form treten Abscesse, metastatische, gangränöse Herde auf. Die rheumatoide Endocarditis hat meist an der linken Herzklappe ihren Sitz. Hierher zählen die Fälle von Leyden, His, Martin. Auch die Chorea kann eine Komplikation der Blennorrhoe sein. Zwei derartige Fälle berichtet der Vortragende. Auch bei anderen Infektionskrankheiten mit und ohne Endocarditis kann Chorea auftreten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Tödlicher Ausgang einer Blennorrhoe, von A. Loxton. (*Brit. med. Journ.* 5. Januar 1895.) Der Patient konsultierte den Verfasser wegen einer vor etwa zehn Tagen acquirierten Blennorrhoe. Er erhielt die gewöhnlichen Verordnungen und den Rat, sich möglichst des Alkohols zu enthalten und, wenn möglich, zu ruhen. Der Patient befolgte die Warnungen nicht und trank viel, angeblich, weil er sich schwach fühlte. Im Anschlufs an ein Hochzeitsgelage, an dem der Patient über das Mafs hinaus teilgenommen hatte und betrunken nach Hause gekommen war, erkrankte er mit Schüttelfrost, Erbrechen, Kopfschmerzen, hoher Temperatur, trockener Zunge, schmerzhaftem Urinieren. In den nächsten Tagen nahm die Krankheit einen typhusartigen Charakter an, und schon sechs Tage nach Beginn der schweren Erkrankung trat unter Erscheinungen einer akuten Septikämie der Tod ein. Verfasser glaubt, dafs das septische Material die blennorrhoisch entzündete, arg vernachlässigte Urethra abgegeben hat. Ein Bougie war nicht eingeführt worden. *C. Berliner-Aachen.*

Blennorrhoe beim Weibe, von M. D. Mann. (*Med. News.* 25. August 1894.) Ein klinischer Vortrag über einen Fall von Blennorrhoe bei einer Primipara. Mann er

wähnt, mehrere Fälle von Puerperalfieber gesehen zu haben, welche zweifelsohne durch Weiterkriechen des blennorrhoischen Cervikalkatarrhs bedingt waren. Im allgemeinen stimmt er den Noeggerathschen Warnungen, wenn auch mit gewissem Vorbehalt, bei.

Philippi-Remscheid.

Über die Blennorrhoe beim Weibe, von E. Luther (*Samml. klin. Vortr. von Volkmann.* Neue Folge. No. 82 u. 83.) Der Vortrag, nach einem im Magdeburger ärztlichen Vereine gehaltenen vervollständigt, bespricht in ziemlich eingehender und umfassender Weise Geschichte, Bakteriologie, Ansiedelungsgebiete, Therapie etc. etc. Neues wird nicht gebracht, doch sind derartige Zusammenstellungen, welche die Häufigkeit, Wichtigkeit und Gefährlichkeit der Blennorrhoe beim Weibe betonen, entschieden wertvoll. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Behandlung der Schleimhautkatarrhe, von Stobaeus. (*Therap. Monatsh.* Oktober 1894.) Verfasser singt dem Rotterin ein Loblied, das sich ihm unter anderem bei der Behandlung der Cystitis, der Blennorrhoe des Mannes, sowie der virulenten Scheiden- und Harnröhrenkatarrhe der Frauen vorzüglich bewährt hat.

F. Hahn-Bremen.

Gommaerts berichtet über seine günstigen Resultate bei der **Behandlung der Blennorrhoe der weiblichen Genitalorgane mit Alumnol** in Form von intrauterinen Injektionen in der Konzentration von 1, 2 und 5%. Es sind dabei folgende Vorsichtsmafsregeln zu beobachten:

1. Verwendung frischer Lösungen.

2. Vorausgehende Dilatation des Collum uteri zur Ermöglichung eines leichten Abflusses der injicierten Flüssigkeit.

3. Anwendung eines schwachen Druckes bei den Injektionen zur Vermeidung eines Eindringens von Flüssigkeit in die Tuben. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 41.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Winkel hat sehr günstige Erfolge erzielt mit dem **Formal bei katarrhalischer oder blennorrhoischer Vaginitis und Endometritis.** Bei Vaginitis verwendete W. Ausspülungen in der Konzentration von 1 Eflöffel einer 10%igen Formollösung auf den Liter Wasser. Letztere Lösung diente ebenfalls zu intrauterinen Kauterisationen. (*Journ. de méd. de Paris.*) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von Robert Kutner. (*Dtsch. Ärzte-Ztg.* 1895. No. 6.) Verfasser unterscheidet eine subchronische (sechs Wochen bis drei Monate nach der Infektion), eine chronische (ein Viertel- bis ein Jahr nach der Infektion) und verschleppt-chronische (über ein Jahr dauernde). Bei den ersten beiden Formen tröpfelt er je nach der Dauer des Leidens 1—25%ige Argentum-nitricum-Lösungen, allmählich steigend auf die durch die Sonde festgestellte Stelle. Bei der letzten Form ist Cuprum sulfuricum in 3—15—35%iger Lösung vorzuziehen. Durch Injektion einer ½%igen Kokainlösung mit der Blennorrhoespritze, die drei Minuten in der Urethra bleibt, kann man den Schmerz lindern. Er überläfst 1—2%ige Argentum nitricum-Lösung nach Feststellung der Lokalisationspunkte auch dem Patienten nach entsprechender Unterweisung. Als Lokalisationspunkte ergeben sich meistens der Bulbus, die benachbarte Schleimhaut und die Pars membranacea. Verfasser ist mit seinen Erfolgen sehr zufrieden. Den Wert der Endoskopie schlägt er sehr gering an, sie hat nur für vereinzelte Fälle Bedeutung, so für Ulcera, Neoplasma, Beurteilung des Caput gallinaginis etc. Verfasser rühmt als Vorteile der von ihm geübten Behandlung: 1. die überaus exakte Lokalisation; 2. die dadurch und durch die Applikation in Tropfenform gegebene Möglichkeit, mit stärkeren Dosen vorzugehen; 3. die minimale Reaktion; 4. die Zeitersparnis; 5. die Einfachheit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Allgemeine oder lokale Behandlung bei Blennorrhoe, von H. C. Nimes. (*Med. News.* 2. Febr. 1895.) Seit einiger Zeit hat sich die Neigung bemerkbar gemacht, die lokale Behandlung der Blennorrhoe zu Gunsten der Allgemeinbehandlung zurückzusetzen. N. tritt entschieden für die Lokaltherapie ein, die er auf Grund theoretischer Argumente, sowie seiner persönlichen praktischen Erfahrungen warm verteidigt. Rationell ausgeführt und unter Anpassung an die einzelnen Fälle, sowie an die verschiedenen Stadien des Leidens habe dieselbe allein bessere Resultate ergeben, als im Verein mit einer internen Medikation, oder als diese letztere allein.

Philippi-Remscheid.

Die Behandlung des Trippers, von M. Horowitz-Wien. (*Centralbl. f. die ges. Therapie.* 1895. No 1.) Der Verfasser schildert klar die ganze Therapie der Blennorrhoe. Er lobt die Balsamica, das Salol, macht in den ersten drei Tagen den Versuch der abortiven Behandlung mittelst 10%iger Lapislösung oder 2%iger Lösung von Kalium permanganicum, die er nach vorausgeschickter Kokainisierung unter endoskopischer Führung auf die Schleimhaut aufträgt. Eventuell wird die Procedur am folgenden Tage wiederholt. Zu Injektionen verwendet Verfasser anfangs die üblichen desinficierenden Mittel, später Alaun (3%), Tannin (1—2%), Bismutum subnitricum, Salol, Jodoform an. Eine beschränkte Wirksamkeit schreibt Verfasser den medikamentösen Stäbchen zu. Zu Injektionen bedient er sich einer Celluloidspritze mit konischem Ende.

Die chronische Blennorrhoe wird mit Injektionen von Argentum nitricum oder Kalium permanganicum (0,1—0,5%) in die Blase (40,0—50,0), Antrophoren (0,3—1,0‰), Noffkeschen Stäbchen, Injektionen stärkerer Lösungen von Argentum nitricum oder Karbolsäure (5—6%) ad locum affectus geheilt, Sondierungen, die aber von den Spülungen meistens zu trennen sind. Die Kombination mechanischer Dilatation und der Spülung ist meist, weil zu irritierend, nicht ratsam.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zum Studium der Behandlung des Trippers, von Alb. Hogge. (*Ann. de la Soc. med. chir. de Liège.* 1894. S. 98.) H. hat das Janetsche Verfahren der Tripperbehandlung nachgeprüft und ist mit der Wirksamkeit desselben sehr zufrieden. Einige Modifikationen, die er an demselben vorgenommen, scheinen nicht von grofsem Belang. Seine Statistik ist folgende: Er behandelte damit im ganzen 43 Fälle; davon waren 34 akute, 9 subakute, 1 chronischer. Von den 34 akuten Fällen blieben 13 während des ganzen Verlaufes auf die vordere Harnröhre beschränkt, 11 gingen allmählich im Laufe der Behandlung auf die Pars posterior über, 10 hatten bereits beide Abschnitte der Urethra ergriffen, als sie H. zu Gesicht bekam. Von den 34 akuten Fällen sind 31 völlig geheilt, und zwar 13 in weniger als drei Wochen; allerdings waren unter diesen 13 Patienten 11, die bereits früher an Tripper gelitten hatten. Von den 8 subakuten Fällen gingen drei in Heilung aus.

Türkheim-Hamburg.

In *Rif. med.* (1894. No. 170—172) bringt Cimino eine ausführliche Beschreibung der **Behandlung der akuten und chronischen Blennorhoe**, wie sie an der Guyonschen Klinik für Krankheiten der Harnwege (Neckar-Hospital in Paris) prakticiert wird, nebst Angaben über Austattung des spezialistischen Sprechzimmers, Instrumentarisums etc.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Behandlung der Blennorrhoe, von Barthélemy. (Nach *Ann. des mal. des org. gen.-ur.* 1894. No. 12.)

1. Beim Manne. Barthélemy hat von der sog. abortiven Behandlung bei echter Blennorrhoe keinen Erfolg, nur Verschlechterung gesehen. Er wendet daher nur die klassische antiphlogistische Methode an und versucht, die Antisepsis der Harnwege

durch reichliche, milde Getränke herbeizuführen, denen verschiedene Antiseptica zugefügt werden, wie Natrium benzoicum, Diuretin, Benzonaphtol, Betol, Koffein etc Die Resultate seien befriedigend. Lokale und allgemeine Bäder werden ebenfalls benutzt, bis der Ausfluſs schleimig-eiterig geworden und sich bis auf die Hälfte vermindert hat. Erst dann verschreibt er die Balsamica und bloſs 3—4 Tage lang, in Verbindung damit Opiate.

Während der akuten Periode empfiehlt er neben den Bädern groſse Ausspülungen von zweimal täglich 2 l heiſsen Wassers, wobei 0,2 permangansaures Kalium auf je 1 l zugesetzt werden.

In der Periode der Abnahme des Ausflusses läſst er statt der üblichen Zink- und Höllensteineinspritzungen Pulvereinblasungen vornehmen, z. B. Borsäure, Bismutum salicylicum, Sulfur praecipitatus, und glaubt dadurch das Chronischwerden leicht zu vermeiden.

Auch schmelzbare medikamentöse Bougies hat er in hartnäckigen Fällen mit Nutzen verwendet (mit Tannin, Ichthyol etc.).

2. Bei der Frau. Für die intrauterine Behandlung benutze man nach sorgfältiger Desinfektion des Uterus und der Vagina mittelst Sublimat- oder Permanganatspülungen ebenfalls Pastenstifte, die gut ertragen werden. Hat man solche nicht zur Hand, führe man in die Uterushöhle einen Streifen Jodoformgaze ein, der getränkt ist mit folgender Mischung:

Sterilisiertes Öl	100,0
Kalkwasser	30,0
Resorcin	2,0.

Die Scheide wird vorher irrigiert, mit Höllensteinlösung gepinselt (1 : 30), mit Jodoform bestreut und erhält dann einen Tampon mit Resorcinöl. Die Resultate dieser Behandlung seien ausgezeichnete gewesen, selbst in Fällen, in denen schon Metritis und Salpingitis bestand. (?)

Beim Manne, wie bei der Frau sei die katarrhalische Periode, welche auch die Ansteckungsfähigkeit behalten könne, am hartnäckigsten und am schwersten zu heilen. Die wiederholten oder energischen Ätzungen erreichen die Drüsensäcke nicht und erzeugen Verengerungen. Bei diesen umschriebenen Affektionen habe er durch die leicht anzuwendende und stets gut ertragene Elektrolyse zufriedenstellende Erfolge erzielt. Er empfehle sie daher aufs lebhafteste. *Neuhaus-München.*

Die hydriatische Behandlung der Blennorrhoe, von Schütze. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895.) Verfasser empfiehlt als Hydrophor einen kurzen Spülkatheter für die Harnröhre, durch den er mittelst eines Irrigators, der an einem Holzgestell behufs Regulierung des Druckes auf und ab bewegt werden kann, reines Wasser von 15° C. durch die Urethra durchlaufen läſst. Durch die reinigende Kraft des Wassers, durch die Temperatur und die Ausdehnung der Harnröhre hoffte er, gute Resultate zu erzielen, und fand es in 30 Fällen bestätigt. Auch bei chronischer Blennorrhoe sind die Erfolge trotz der Kürze des Spülrohres gut, da die Abkühlung auch noch in die tieferen Abschnitte der Harnröhre irradiiert. Eine Abkürzung der akuten Blennorrhoe ist durch dieses Verfahren nicht erzielt, die Heilung nicht durch sorgsame Gonokokkenuntersuchungen kontrolliert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Blennorrhoe nach neuen Grundsätzen, von Dr. Joseph Rosenberg. (Verlag von S. Karger-Berlin. 1895.) Die Arbeit sei hier referiert, trotzdem die schliefslichen Empfehlungen den Charakter einer wissenschaftlich unzulässigen Geheimniskrämerei tragen, die geschäftlich ja wohl von Vorteil sein mag. Nach einer relativ langen Vorrede bespricht der Verfasser zunächst die übliche Injektionsspritze

der er die häufigen Verschlimmerungen und Komplikationen der Blennorrhoe zur Last legt; letztere sind nach ihm alle nur Kunstprodukte.

Bei dem üblichen cylindrischen Ansatz ist auch bei Anwendung mäfsiger Kraft die Geschwindigkeit des Flüssigkeitsstrahles eine zu grofse, es kommt daher leicht zu einer Verschleppung der Entzündungskeime. Die Geschwindigkeit wird keine geringere durch die Erweiterung des Querschnittes des Ansatzstückes, wohl aber, wenn man letzterem eine konische Form giebt, so dafs die der Spritze zunächst gelegene Ausflufsöffnung die engere ist. Eine so konstruierte Spritze wird daher als geeigneter empfohlen; mit dieser kann auch die ungeschickteste Hand keinen Schaden anrichten.

Ferner verwirft der Verfasser überhaupt die Injektion von Flüssigkeiten und empfiehlt Einstäubung von Pulvern durch Luft. Mit Unrecht sind die Injektionen von Luft in die Harnröhre und Blase gefürchtet, sie richten absolut keinen Schaden an. Sie sind aber vorzuziehen, weil die Luft nicht die die Keime enthaltenden Eiter- und Schleimflocken fortreifst und daher jede Verschleppung unmöglich macht. Der Verfasser hat einen Pulverbläser konstruiert, der einen Pulverbehälter gleichzeitig enthält; er nennt ihn „Exsiccator". Es ist natürlich sehr bequem für den Patienten, auf diese Weise stets Instrument und Medikament stets bei sich zu führen und sich nach Bedarf die Insufflationen zu machen. Je nach der Tiefe der Erkrankung wird das Ansatzstück des Instrumentes verschieden tief eingeführt. Sodann hat der Verfasser ein Pulver kombiniert, das er „Zymoidin" nennt; es besteht aus Zinkoxyd, Wismutoxyd, Aluminiumoxyd, Jod, Natriumhydrat, Kaliumhydrat, Salzsäure, Schwefelsäure, Borsäure, Karbolsäure, Gallussäure, Salicylsäure, Chininum muriatum, Benzol, Naphtol, Pyrrol und Äthylalkohol, ist also so ziemlich ein Extrakt aus einer ganzen Apotheke und läfst an Vielseitigkeit nichts zu wünschen übrig Die Resultate sollen sehr gute sein. Unangenehme Nebenwirkungen hat Verfasser bei über 10000 Insufflationen nicht gesehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur lokalen Behandlung des Trippers beim Manne, von Dr. Schalenkamp. (*Therap. Monatsh.* 1894. Heft 12.) Um eine Verschleppung der Gonokokken aus den vorderen Harnröhrenpartien in die Urethra posterior durch die Injektionen zu verhüten, empfiehlt Verfasser die Methode der in einer Sitzung wiederholten Ausspülung unter fortschreitender Kompression der Urethra von der Glans penis an bis zum Damm. Die erste Kompression erfolgt dicht hinter der Glans penis mit Daumen und Zeigefinger linker Hand, alsdann reinigt die Flüssigkeit der ersten Spritze oder des Irrigators (abgekochtes Wasser) das so abgeschlossene Terrain. Die zweite Kompression findet etwa 1 cm weiter nach der Peniswurzel zu statt; es schliefst sich an die sie zugehörige Ausspülung an die dritte Kompression 1—2 cm weiter nach unten, und die dritte Ausspülung wird sofort vorgenommen, bis nach der letzten Kompression am Damm und ihrer Ausspülung eine totale Ausspülung der ganzen Harnröhre mit einer medikamentösen Flüssigkeit, die einige Minuten einwirken kann, die Sitzung beendigt ist. Dieselbe mufs je nach dem Grade der Eiterung täglich in zweistündlichen oder gröfseren Zwischenräumen erneuert worden. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über eine Abortivkur einer Blennorrhoe durch Silbernitrat berichtet Tilden Brown. (*Americ. med.-surg Bull.* 1. November 1894.) Zweite Infektion. Drei Tage nach Auftreten der eiterigen Sekretion wurde die Urethra durch Einführung eines Speculums mäfsig dilatiert und mit Pyrozone, einer 3%igen Wasserstoffsuperoxydätherlösung, ausgespült. Hierauf wurden zehn Tropfen einer 6%igen Höllensteinlösung eingeträufelt; rasch erfolgendes Ödem des Orificium urethrae, Schwellung und Turgescenz der Pars anterior, so dafs Patient seine Beschäftigung aufgeben mufste, leichte Schleimhautblutung nach der Urinentleerung. Tags darauf Sekretion fast vollständig

sistiert, keine Gonokokken. Am zwölften Tage der Behandlung vollkommene Heilung. Am Tage nach der Silberinjektion wurden Einspritzungen mit Plumb. acet. 0,12 Zinc. acet. 0,12 Aq. dest. 120,0 gegeben. *H. Einhorn-München.*

Über die Abortivbehandlung der Blennorrhoe nach der Janetschen Methode, von Moritz Fürst. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 36.) Im Hamburger allgemeinen Krankenhause (Station von Dr. Engel-Reimers) wurde die Janetsche Abortivbehandlung der Blennorrhoe geprüft, die bekanntlich bezweckt durch Auswaschen der Harnröhre mit einer Lösung von Kalium permanganicum (1 : 2000 bis 1 : 1000) eine „seröse Reaktion" der Harnröhrenschleimhaut hervorzurufen und so die Gonokokken zu entfernen. Je nachdem man tiefere Teile mit ausspülen will oder nicht, verwendet man verschiedenen Druck. Die Ausspülung wird den ersten Tag dreimal vorgenommen in steigender Konzentration, dann noch 3—4 Tage täglich zweimal in schwacher Konzentration. Entzündungserscheinungen, Ödem und Hypersekretion finden sich schon am ersten Tage. Janet hat fünf, Ch. Audry weit mehr Fälle auf diese Weise schnell geheilt.

Verfasser hat 33 Fälle nach dieser Methode behandelt, von denen 15 Fälle geheilt wurden, und zwar in zwei Fällen in 8, in den übrigen in 11—34 Tagen.

Als geheilt wurden die Fälle angesehen, wenn acht Tage lang kein Ausfluſs, noch irgend ein gonokokkenhaltiger Bestandteil in der Harnröhre gefunden wurde. Das Resultat ist also gerade kein glänzendes, zumal Komplikationen beobachtet wurden: Infiltration des submukösen Gewebes des Corpus cavernosum urethrae (einmal), diffuse Infiltration des Corpus cavernosum (viermal), Periurethralabscesse (zweimal), Prostataabscefs (einmal), Blasenkatarrh (mehrere Male). Zehn Patienten wurden später nach alter Weise fortbehandelt.

Verfasser folgert aus seinen Versuchen:

1. Durch die von Janet angegebenen Auswaschungen der Harnröhre mit Kaliumpermanganicum-Lösung wird eine „seröse Reaktion" der Harnröhrenschleimhaut, d. h. eine profuse, wässerige Sekretion hervorgerufen, bei welcher in einzelnen Fällen die Gonokokken thatsächlich in kurzer Zeit definitiv schwinden.

2. In der Mehrzahl der Fälle muſs jedoch die Behandlung länger fortgesetzt werden, in manchen führt sie überhaupt nicht zum Ziele.

3. Auſserdem aber giebt sie, ganz abgesehen von ihrer Schmerzhaftigkeit, sehr leicht zu dem Auftreten ernster Komplikationen Anlafs und ist daher für den Patienten überhaupt nicht ganz unbedenklich. Aus diesen Gründen muſs von der Anwendung der Janetschen Methode abgeraten werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Routier berichtet (*La méd. mod.* 21. November 1894) über seine Erfolge bei der **Behandlung der Blennorrhoe durch Ausspülungen mit verdünnten Lösungen von Kalium permanganicum.** Die Konzentration der Lösung ist 0,5‰. Ein Recipient von zwei Liter Gehalt hängt 1,5 m über dem Patienten und trägt einen Schlauch, der in eine kurze Glaskanüle endet. Diese wird (bei Urethritis anterior) locker in den zuvor sorgfältig irrigierten Meatus eingeführt. Der Flüssigkeitsstrom gelangt an den Sphinkter, kehrt hier um und flieſst durch den Meatus ab. Handelt es sich um eine Urethritis posterior, so wird der Meatus an die Kanüle angedrückt, wodurch die Flüssigkeit dort nicht mehr abflieſsen kann, den Widerstand des Sphinkters überwindet und in die Blase tritt. Tritt Harndrang ein, so wird die Flüssigkeit vom Patienten entleert, während dieser von Zeit zu Zeit den Meatus durch Fingerdruck verschlieſst, wodurch ein gewisser intraurethraler Druck entsteht und die Flüssigkeit in die Schleimhautfalten und -Krypten eindringt. Die Operation wird täglich wiederholt.

Von acht Fällen akuter Blennorrhoe wurden zwei nach acht, vier nach sieben, ein nach sechs Ausspülungen geheilt; einer blieb ungeheilt. Von 14 chronischen Fällen heilten einer nach 17, einer nach 13, drei nach 8, sechs nach 7, drei nach 6, zwei nach 5 Ausspülungen; in einem Falle war kein Erfolg zu bemerken.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Kalium permanganicum und Zincum sulphuricum als Injektionen bei Blennorrhoe, von T. D. Farrar. (*New York med. Journ.* 30. Juni 1894.) Verfasser tritt für diese altbewährten Mittel gegenüber den moderneren Medikamenten ein. Er verordnet: ℞ Zinc. sulphuric. 0,3 und Kalium permangan. 0,15 auf 75,0 einer Mischung von Mucilago gummi arabici mit destilliertem Wasser, zu Injektionen in der bekannten Weise, zwei bis dreimal täglich zu gebrauchen. Von 111 poliklinischen Patienten wurden 87 nach dieser Vorschrift behandelt und binnen 3—4 Wochen geheilt.

Philippi-Remscheid.

Beitrag zum Studium der Blennorrhoe-Behandlung, von A. Hogge. (*Ann. des mal. des. ory. gén.-ur.* 1894. No. 11.) Verfasser bekennt sich als warmer Verteidiger der Janetschen Methode, welcher er in seinem Resumé folgendes nachrühmt:

1. Man vermeidet hierbei fast sicher das Chronischwerden der Blennorrhoe;
2. man kürzt die Krankheit bedeutend ab, unterdrückt sie manchmal ganz rapid;
3. man vermeidet die akute Periode und die Schmerzen;
4. Komplikationen werden ferngehalten, Vorübergehend sieht man wohl Trübungen des Urins wie bei Cystocollitis, diese schwinden aber bald unter der fortzusetzenden Behandlung;
5. die für den Allgemeinzustand oder für die Nieren und die Verdauungsorgane so schädlichen innerlichen Medikamente werden nicht nötig;
6. die Kranken werden nicht kompromittiert.

Neuhaus-München.

W. S. Gottheil warnt vor der exspektativen Behandlung der **Blennorrhoe** und glaubt, dafs eine energische **Frühbehandlung** die Gefahren derselben bedeutend vermindere. (*Am. med.-surg. bull.* 15. Febr. 1895.) Er empfiehlt:

1. Reinigung der Glans und des Präputiums mit warmem Wasser und Sublimatlösung, besonders bei engem Präputium; bei Phimose dorsalen Einschnitt bis zur leichten Retraktionsmöglichkeit, eventuell Circumcision;
2. bei frischer, seit 3—4 Tagen bestehender Blennorrhoe Injektionen von Silbernitratlösungen (bis $^1/_2$%) oder Zincum permanganicum (1‰);
3. die Fossa navicularis wird mit 1—2%iger Argentum- oder Zinkpermanganatlösung (1,0 : 500,0) touchiert;
4. Orificium urethrae und Fossa navicularis werden mit Europhenpulver bestreut;
5. ist die Blennorrhoe über fünf Tage alt, dann werden schwächere Lösungen verwendet.

Die Einspritzungen sind in jedem Falle täglich zu wiederholen; die Konzentration wird mit zunehmender Toleranz der Urethra und Verminderung des Ausflusses gesteigert. Heilung tritt frühestens nach 1—2 Wochen auf. *H. Einhorn-München.*

Behandlung der Urethritis blennorrhoica mittelst Acidum citricum, von Pellissier. (*Bull. de thérap.* 15. Dezbr. 1894.) Unter Berücksichtigung der starken desinficierenden Wirkung der Citronensäure gegenüber dem Bacillus der Diphtherie und gestützt auf die Thatsache, dafs der Gonococcus in einem alkalischen Mittel einen günstigen Nährboden findet, hat P. in 15 Fällen von Urethritis blennorrhoica, welche den gewöhnlichen Methoden trotzten, 1%ige Lösungen von Citronensäure angewendet. Die Heilung erfolgte zwischen dem 5. bis 8. Tage. Für die Spülungen

verwendete er 8 g Acidum citricum auf 1000 g Wasser; er gab täglich nur eine Spülung. Die Heilung erfolgte angeblich nach fünf Tagen. *Neuhaus-München.*

Die Behandlung des Trippers beim Manne mit Gallobromol, von Jules Quilly. (*Thèse de Lyon.* 3. Januar 1894.) Gallobromol — Acidum dibromogallicum — besteht aus leicht gelblichen, krystallinischen Nadeln, ist in Äther, Alkohol, heifsem Wasser leicht löslich; die Lösung färbt sich an der Luft schnell braun. Das Gallobromol entzieht den Geweben ihren Sauerstoff und ist in einer Lösung von 1 : 100 ein zuverlässiges Antisepticum.

Zu Ausspülungen der Harnröhre — mittelst Irrigators — werden im Anfang Lösungen von 20 : 1000, später solche von 40 : 1000 verwendet. Es genügen täglich zwei Ausspülungen von je ½ Liter. Das Wasser mufs stubenwarm sein. Für die Urethra anterior genügt eine Höhe des Irrigators von 60—70 cm, für die Pars posterior ist eine solche von 1,30—1,50 cm erforderlich. Verfasser hat das Mittel in 59 Fällen erfolgreich angewandt. *Türkheim-Hamburg.*

Wasserstoffsuperoxyd in der Behandlung der Blennorrhoe, von John J. Sullivan. (*Disch.-Amerik. Apothekerzeitg.* 1894. No. 1.) Auf Grund von zwei Fällen (!) empfiehlt Verfasser Wasserstoffsuperoxd als ein promptes und wirksames Heilmittel gegen Blennorrhoe:

Wasserstoffsuperoxyd	30,0
Aq. dest.	170,0.

DS. Dreimal täglich zu injicieren. *A. Strauss-Barmen.*

Verschiedenes.

Über die Lage der Hautkranken in den Hospitälern St. Petersburgs, von O. Petersen. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1895. No. 34.) Der bekannte Verfasser stimmt ein Klagelied an über die geringe Berücksichtigung, die die sonst ausgezeichneten Spitäler in St. Petersburg den Hautkranken zu teil werden lassen. Es werden nur sehr wenige in dieselben aufgenommen und diese dann regellos in den verschiedenen Abteilungen untergebracht, da es gesonderte Abteilungen für Hautkranke nicht giebt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Guinard empfiehlt eine **neue Pinzette, welche die Ausführung der Hautnähte erleichtern soll,** besonders an denjenigen Regionen, wo sich die Wundränder leicht einrollen (Scrotum etc.). Der Griff ist derselbe, wie bei den gewöhnlichen Schieberpinzetten, die Spitze aber nicht gerade, sondern zweimal im rechten Winkel gekrümmt, also ⌊⌋-förmig; die horizontalen Äste sind mit Rinnen versehen und sind dazu bestimmt, die Wundränder aufzunehmen und zusammenzuklemmen, bis die Naht ausgeführt ist. (*Il Morgagni.* 27. Juli 1895.) *C. Müller-Bern.*

Um **Eisenflecke aus der Wäsche,** wie dieselben namentlich nach Moorbädern entstehen, zu entfernen, hat die Firma Heinrich Mattoni in Franzensbad ein „Soosin" genanntes Pulver in den Handel gebracht, welches in Wasser zu lösen ist (1 Theelöffel auf ¼—½ l). Mit der Lösung sind die Eisenflecke zu befeuchten und, sobald diese verschwunden, ist das Wäschestück mit reinem Wasser auszuwaschen. *P. Taenser-Bremen.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXI. No. 12. 15. Dezember 1895.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Histologie der Hautentzündung durch Pyrogalloleinwirkung.

Von

Dr. Emil Buck-Dortmund.

(Mit Tafel V.)

Pyrogallol (Acidum pyrogallicum, C_6H_3HO) gehört zu der Gruppe von Medikamenten, welche Unna wegen ihrer den Sauerstoff an sich ziehenden Kraft „reduzierende Arzeneimittel" nannte.[1]

Durch die verdienstvollen Arbeiten von Jarisch, Engert, Neisser u. a. hat es in der Dermatologie eine verbreitete Anwendung gefunden. So namentlich bei der Behandlung der infektiösen Oberhautentzündungen (chronisches Ekzem, Psoriasis).

Besonders hervorzuheben ist sodann seine günstige Wirkung bei vielen chronischen Entzündungen der Lederhaut, so bei Lupus, Lepra und dem Ulerythema centrifugum (Lupus erythematosus), indem es bei diesen Erkrankungen eine elektive Zerstörung des erkrankten Gewebes bewirkt.

Auf die kranke Haut wird Pyrogallol hauptsächlich in Form von spirituösen Lösungen, Salben, Firnissen und Pflastermullen, gewöhnlich in der Stärke von 5—20 %, gebraucht. Man darf das Mittel jedoch nie auf einer grofsen Körperfläche anwenden, da durch Resorption eine Pyrogallolvergiftung erfolgen kann. Letztere dokumentiert sich zunächst durch das Auftreten von dunklem Urin und kann weiterhin, in schweren Fällen, zu Übelsein, Erbrechen, kleinem Puls, subnormaler Temperatur und eventuell zum Exitus führen.

Diese schweren Symptome der Pyrogallolvergiftung haben wir natürlich bei der Anwendung des Mittels in der Dermatologie durchaus fernzuhalten, und gelingt dies, wie ich mich in der Klinik des Herrn Dr. Unna überzeugt habe, selbst bei Anwendung starker Dosen auf gröfseren Körperflächen, sehr leicht durch eine zweckmäfsige Verordnung von Salzsäure innerlich, nach der von Unna vor einigen Jahren angegebenen Methode.

[1] *Berl. klin. Wochenschr.* 1883. No. 35.

In der Dermatotherapie haben wir es mit der auf die Haut beschränkten Einwirkung des Mittels zu thun, welche bisher allein durch die äufsere Applikation erreicht wird. Eine Beeinflussung des Hautorgans allein durch innere Gaben des Pyrogallos wird z. Z. in der Dermatologie, wohl mit Rücksicht auf die Giftigkeit des Mittels, nicht versucht.

Die äufsere Anwendung macht selbstverständlich auch von den giftigen Eigenschaften des Mittels Gebrauch, beschränkt dieselbe aber auf die Oberhaut und die nächstliegende Cutislage; man hat wohl nur bei bösartigen Geschwülsten eine Nekrose en masse durch äufsere Pyrogallolanwendung zu erzielen gesucht.

Die genaueren Vorgänge bei dieser äufseren Einwirkung auf die Haut sind meines Wissens noch nicht näher erforscht, und auch die Symptome, welche sich bei Anwendung des Mittels klinisch mit dem bloſsen Auge verfolgen lassen, habe ich genauer nur bei Unna in seiner Arbeit über die reduzierenden Mittel charakterisiert gefunden.

In seiner Arbeit: *Ichthyol und Resorcin als Repräsentanten der Gruppe reduzierender Heilmittel* sagt Unna, daſs die Wirkung der reduzierenden Heilmittel auf die von unverletzter Oberhaut bedeckte Cutis bei allen diesen Mitteln gleichartig verschieden ist, je nachdem geringe und oberflächlich einwirkende, oder groſse und tief eindringende Quantitäten in Betracht kommen. Er unterscheidet so eine schwache und eine starke Einwirkung.

„Die schwache Einwirkung zeigt sich zunächst in einer Veränderung der Hornschicht. Dieselbe wird dicker, dichter und härter. Wirken schwache Dosen längere Zeit ein, so kommt es schlieſslich zu einer Scheidung innerhalb der Hornschicht, in eine obere, mehr oder weniger dunkle, abgestorbene Partie, die der ursprünglichen, von dem Mittel sofort durchdrungenen, lockeren Hornschicht entspricht, und in eine untere hell gefärbte, welche unter dem Einfluſs des Mittels aus der Stachelschicht inzwischen neu gebildet ist. Die Trennung zwischen beiden vollzieht sich meist leicht, und mühelos ziehen wir in völliger Kontinuität die alte Hornschicht ab. Als weiteren Effekt beobachtet man die Pustulation, das Auftreten von Pusteln und Follikulitiden. Der Vorgang dabei ist folgender: Das feste Zusammenhalten der verhornten Zellen verschlieſst die Follikelmündungen und führt — wahrscheinlich nur da, wo dieselben zugleich mit bestimmten Eiterkokken infiziert waren — eventuell zu Follikulitiden.

Greift die Wirkung der reduzierenden Mittel in schwacher Dosis in die Tiefe, so finden wir einen Einfluſs auf die Blutgefäſse, den wir kurzweg als einen verkleinernden bezeichnen wollen. Es handelt sich dabei um eine nachhaltige Verkleinerung, Verengerung und Verkürzung

des gesamten Blutgefäßsystems, der Arterien, Venen und Kapillaren. Im allgemeinen, mit Ausnahme einiger zarter Oberhautstellen, ist glücklicherweise diese Wirkung schwacher Dosen auch die der stärkeren. Die Blutgefäße sind eben weit genug von dem Mittel entfernt, um nur allmählich von seinem Einfluß getroffen zu werden. Der makroskopische Erfolg einer schwachen reduzierenden Wirkung auf das Blutgefäßsystem ist, kurz gesagt, das Gegenteil der bekannten vier Entzündungssymptome: Abkühlung, Abschwellung, Abblassung und Linderung eventuell bestehender schmerzhafter Empfindungen.

Wie auf das Blutgefäßsystem, so äußern die reduzierenden Mittel auch sämtlich auf das periphere Nervensystem eine gleichartig verschiedene Wirkung, und zwar kommt ihre schwache Wirkung in den meisten Fällen einer juckenerregenden, aber schmerzstillenden, die starke einer schmerzerregenden, unter Umständen juckstillenden Wirkung gleich.

Allen reduzierenden Mitteln gemeinsam ist eine in mehr oder minder hohem Grade eigentümliche Verfärbung der Hornschicht. Am bekanntesten ist die Verfärbung unter dem Einflusse des Chrysarobins, welche kupferfarben zu sein pflegt. Die Pyrogallolschicht ist gelbbraun bis schwarz, die Resorcinverfärbung von schmutziggelb bis braunviolett. Die ichthyolisierte Hornschicht ist gelbbraun. Bei längerem Schwefelgebrauch nimmt die Haut ein rauchiges, schmutzfarbenes Aussehen an. Bis jetzt wissen wir über das Zustandekommen dieser Verfärbungen nur, daß sie sämtlich durch Alkalien begünstigt, durch Säuren vermindert und selbst aufgehoben werden. So bringt Pyrogallol auf der behaarten, durch Fettsäuren sauer gehaltenen Kopfhaut viel langsamer die Schwärzung hervor, als auf unbehaarten Stellen. Ein einziges alkalisches Seifenbad genügt, um eine noch fehlende oder geringe Pyrogallolschwärzung hervorzurufen. Umgekehrt läßt sich dieselbe durch gleichzeitigen Gebrauch von Citronensäure hintanhalten, und selbst die ausgebildete Schwärzung kann man durch Citronensaft zum Teil beseitigen. Zusatz von Zinkoxyd, Bleiwasser, Bleisalben, Quecksilberoxyd zu Pyrogallol erzeugt überall auf der Haut sofort tiefe Schwärzung. Besonders bemerkenswert ist der Umstand, daß bei Anwendung unserer Mittel bei einigen Krankheiten die gesunde Haut sich färbt, während die kranke sich entfärbt (Psoriasis, Herpes tonsurans), wogegen bei anderen Erkrankungen gerade das Umgekehrte eintritt (Pityriasis versicolor, Lepra).

Die starke Einwirkung der Mittel ist, soweit die Hornschicht in Betracht kommt, dieselbe, wie bei schwacher Wirkung. Es tritt allerdings viel rascher eine Verdickung, Verdichtung und Eintrocknung der Hornschicht zu einer pergamentähnlichen Membran ein, und mit dieser hört die Einwirkung auf.

Aber sofort schließen sich bei intensiver Behandlung andere Prozesse

an, welche jetzt ein vollkommen anderes Bild liefern. Die Stachelschicht wird nicht mehr der Verhornung zugeführt, sondern zunächst der Erweichung und dann dem Zerfalle, es tritt eine ausgedehnte Blaseneruption auf. Die papillaren Blutgefäfse reagieren jetzt durch Emigration von Eiterkörperchen und eine noch gröfsere seröse Exsudation. Die Hornschicht wird immer tiefer unterwühlt und schliefslich als zusammenhängende Membran abgestofsen. Dieser ganze Prozefs kann sich unter einem starken Pyrogallolpflastermull unter Umständen in einem halben Tage abspielen.

Auch in Bezug auf die Pustulation wirkt die starke Dosierung umgekehrt, wie die schwache. Die vorhandenen Horndecken der Pusteln werden abgeworfen und neue nicht mehr gebildet. Daher mufs bei der Therapie aller mit Pustulation einhergehender Prozesse (Akne, Furunkulose etc.) von vornherein eine starke Reduktionswirkung eingeleitet werden.

Weiter bewirken starke Dosen eine erhebliche Erweichung des kollagenen Gerüstes der Cutis. Es ist wahrscheinlich, dafs ein direkter kollagenerweichender Einfluſs starker Dosen existiert, der der zerstörenden Wirkung auf Epithelien gleich zu achten wäre. Jedenfalls findet die Erweichung des Kollagens bei Behandlung der Gewebsverhärtung alter Ekzeme, der Sklerodermie und Elephantiasis, besonders aber von Narben von Pocken und Aknefällen und sämtlicher Keloide, eine ausgedehnte Verwendung."

Unter den reduzierenden Mitteln, welche wir in der Praxis gewöhnlich gebrauchen, ist das Pyrogallol das stärkste. Von der angeführten schwachen Wirkung machen wir daher nur sehr selten Gebrauch, am ehesten noch bei der Nachbehandlung von Ekzemen, Psoriatitiden etc. Schon eine Dosierung von 5% läfst uns für gewöhnlich die starke Wirkung des Pyrogallols erkennen, und stets sind wir derselben sicher bei einer Dosierung von 10%, selbst in den schwächer wirkenden Vehikeln (Spiritus, Firnisse).

Wir haben demnach schon eine durch das Mittel bedingte Beschränkung der Aufgabe. Von besonderem Interesse wäre die genauere histologische Untersuchung lediglich der folgenden Symptome: der Entzündung, des Ödems, der Blasenbildung, der Erweichung des Kollagens und schliefslich der Nekrose durch Pyrogallol.

Die Untersuchung der Schwärzung der Oberhaut habe ich als nicht allein durch die histologische Untersuchung ergründbar vorläufig beiseite gelassen.

Es ist jedenfalls die letzte und wichtigste Aufgabe für die Praxis, den Einfluſs des Pyrogallols auf die bereits erkrankte Haut histologisch zu studieren. Erst eine solche Untersuchung wird uns einen tieferen

Einblick in die Gründe unseres praktischen Handelns gewähren, jedoch hat auch die histologische Untersuchung der gesunden pyrogallisierten Haut ein ebenso grofses wissenschaftliches wie praktisches Interesse. Denn das Pyrogallol ist nicht ein so streng eligierendes Mittel, wie etwa Salicylsäure und Arsen, und wir haben daher in der gewöhnlichen Praxis stets in der Umgebung der behandelten Efflorescenzen eine reichliche Gelegenheit, die überflüssige, aber unvermeidliche Einwirkung des Pyrogallols auf die gesunde Haut vor uns zu sehen. Wir müssen dieselbe studieren, um sie frühzeitig zu erkennen und um sie in Schranken halten zu können. Wenn es daher auch schon für den Pharmakologen von besonderem theoretischen Interesse ist, zu wissen, wie das Pyrogallol auf ein bestimmtes festes Gewebe des menschlichen Körpers, wie die Haut,[2] einwirkt, so ist doch eine solche Kenntnis für den Praktiker von noch weit gröfserer Bedeutung.

Das so begrenzte Thema zerfällt doch noch in zwei grundverschiedene Abteilungen. Wenn es auch nicht möglich war, die von UNNA theoretisch auseinandergehaltene schwache und starke Einwirkung des Pyrogallols für sich zu untersuchen, so konnte ich doch im Anschlufs an den Gebrauch des Mittels in der Praxis die Einwirkung des Pyrogallols auf die Haut so leiten, dafs ein milderer oder ein stürmischer Verlauf der Pyrogalloldermatitis eintrat. Als ersteren will ich diejenigen Fälle bezeichnen, bei denen die Haut auch bei längerem Fortgebrauch des Pyrogallols nur leicht anschwoll und sich rötete. Als Beispiel des letzteren mögen diejenigen Fälle dienen, bei denen es langsamer oder schneller zur Blasenbildung und Erweichung der Cutis kam.

Die Fälle der ersteren Kategorie erzeugte ich beim Kaninchen und Menschen durch wiederholtes Auftupfen des Pyrogallols in Form wenig wirksamer Vehikel (Pyrogallolspiritus, einige Male mit Pyrogallolkollodium). Die stürmische Wirkung der Pyrogalloldermatitis erreichte ich beim Kaninchen und Menschen durch 10%iges Pyrogallolkollodium, sicherer und besser durch Pyrogallolpflastermull.

Im folgenden will ich die prägnantesten Fälle der von mir erzeugten Pyrogalloldermatitiden anführen.

Schwache Pyrogalloleinwirkung.

1. Fall. Auf das glattrasierte Ohr eines weifsen Kaninchens wird innerhalb 24 Stunden zweimal eine 10%ige spirituöse Lösung von Pyrogallol mit einem Wattebausch eingerieben.

Makroskopisch zeigt sich eine dunkle Verfärbung der Hornschicht, keine Schwellung und keine Rötung.

---

[2] Bisher ist nur die Einwirkung auf das Blut untersucht worden.

Zur mikroskopischen Untersuchung wird hier und in den folgenden Fällen ein pyrogallisiertes Stück zusammen mit einem gesunden Stück der Nachbarschaft excidiert, dieses Stück in gewöhnlicher Weise, nach Härtung in Alkohol, in Celloidin gebettet und mit dem Jungschen Mikrotom geschnitten. Protoplasmafärbung: polychrome Methylenblaulösung, Entfärbung mit Glycerinäthermischung.

Trotz genauer Vergleichung der pyrogallisierten mit den freigebliebenen Teilen der Schnitte läfst sich keine andere Veränderung konstatieren, als eine über die Norm vermehrte Leukocytenauswanderung aus den Blutgefäfsen der unter Einfluſs des Pyrogallols gestandenen Abschnitte.

Ich teile diesen Fall mit, weil ich ihn als den Typus der schwächsten Pyrogalloldermatitis betrachte.

2. Fall. Drei Wochen dauernde Applikation eines schwachen (5 %igen) Pyrogallolkollodiums auf die Haut meines linken Vorderarms. Flache Abtragung des behandelten Stückes, Protoplasmafärbung: Methylenblaulösung, Entfärbung mit Glycerinäthermischung.

Die Hornschicht ist verdickt und deutlich in zwei Teile geteilt. Die dickere obere Schicht, welche sich stellenweise ablöst und sich intensiv blau gefärbt zeigt, liegt einer dünneren, aus zwei bis drei Zellenlagen bestehenden Schicht auf. Darunter folgt eine wohl ausgeprägte Körnerschicht und eine, wie die gesunden Randpartien zeigen, erheblich verdickte Stachelschicht. Diese Verdickung der Stachelschicht beruht nicht auf einer Vermehrung der Zellen, sondern auf einer starken Aufquellung derselben. Am stärksten ist diese Aufquellung an den untersten Epithelreihen, welche der Cutis direkt aufsitzen, ausgeprägt. Durch die Aufquellung wird das normale Leistensystem der Oberhaut zum Teil verwischt und die ganze Stachelschicht in eine mit unregelmäfsigen Vorsprüngen versehene dicke Platte verwandelt (s. Fig. 1 *os*). Die Lymphspalten zwischen den Epithelien sind nicht erheblich erweitert, aber an ihren unteren, der Cutis nahegelegenen Teilen vielfach mit polynukleären Leukocyten durchsetzt. Der Strom der letzteren bewegt sich von den höheren und mittleren Cutisgefäfsen dem Epithel zu. Die Cutisgefäfse selbst sind von sehr breiten Zellenmänteln umgeben, deren Dicke der langen Dauer der Pyrogalloldermatitis entspricht. Diese Zellenmäntel bestehen aber nur zum kleineren Teile aus Leukocyten, zum gröfseren Teile aus Spindelzellen mit erheblich angeschwollenem Spongioplasma. Die die Gefäfse einscheidenden hypertrophischen Spindelzellen stehen in unmittelbarem Zusammenhange mit einem Netz grofser, vielgestaltiger Spindelzellen, welches die zwischen den Gefäfsen liegende Cutis durchsetzt. Gerade in diesen verhältnismäfsig zellenfreien Abschnitten erkennt man durch die Protoplasmafärbung am deutlichsten, daſs nur ein geringer Teil der Zellenmassen aus Leukocyten besteht.

Die kollagene Substanz nimmt um so mehr an Masse ab, als die perivaskulären Zellen an Zahl zunehmen. Aber auch die übrige kollagene Substanz ist von weiteren Lymphspalten durchsetzt und nimmt bei neutraler Orceinfärbung einen blasseren roten Ton, als die gesamte Umgebung. Mitosen habe ich in diesem Falle weder im Epithel, noch in der Cutis gefunden.

Wir haben hier also als chronischen, milderen Verlauf zu konstatieren: eine Verdickung der Hornschicht, die zur Abschuppung neigt, ein Ödem der jungen Oberhaut und im geringeren Grade auch des kollagenen Gewebes. Ferner eine starke Zellenwucherung um die Gefäfse und ein geringer Grad von Auswanderung von Leukocyten, welche nach dem Epithel gerichtet ist.

Stärkere Pyrogalloleinwirkung.

3. Fall. Auf das Kaninchenohr wird ein Stück 10%igen Pyrogallolpflastermulls appliziert. Dasselbe bleibt 24 Stunden liegen. Die makroskopische Veränderung läfst sich nicht feststellen, weil ich den Pflastermull im Interesse der Oberhautveränderungen auf der Haut sitzen liefs. Die Umgebung der behandelten Stelle ist nach 24 Stunden geschwollen und gerötet. Zur mikroskopischen Untersuchung wird ein keilförmiges Stück mit dem daraufbefindlichen Pflastermull ausgeschnitten und wie oben behandelt. Die Reaktion ist hier schon eine lebhaftere. Die Venen des subkutanen Gewebes sind stark erweitert, und setzt sich diese Anschoppung auf die Venen des Papillarkörpers der Cutis fort. Die Oberhaut ist an verschiedenen Stellen vollständig vom Papillarkörper abgehoben, wobei die Stachelschicht der Haarbälge zum Teil mitfolgt, zum Teil abgerissen ist, so dafs der obere Teil der Stachelschicht an der gebildeten Blasendecke hängt. Die letztere selbst wird von fast unveränderten, nur von einer mäfsigen Anzahl Leukocyten durchsetzten Oberhaut gebildet. Ebenso ist die gesamte Cutis der behandelten Stelle sowohl, als der Nachbarschaft von einer mäfsigen Anzahl Leukocyten durchsetzt — umschriebene Anhäufungen sind in der Cutis nicht zu sehen — Der Strom der Leukocyten scheint von der gesamten Cutis aus ziemlicher Entfernung nach der behandelten Stelle gerichtet zu sein, hat jedoch nirgends einen stürmischen, abscefsbildenden Charakter angenommen.

Nur in der abgehobenen Oberhaut finden sich in der Nähe vereinzelter Leukocyten auch Gruppen derselben (4—8), welche die Epithelien auseinandertreiben. Die geschilderte leukoseröse Entzündung zieht sich genau bis an den mittleren Knorpel, ohne sich darüber hinaus bis auf die normale, andere Seite des Ohres zu erstrecken.

4. Fall. Dreiwöchentliche Behandlung meines Vorderarms mit 5%igem Pyrogallolkollodium. Abtragung und Schnittfärbung wie oben.

Makroskopisch: Blasenbildung an einzelnen Stellen.

Mikroskopisch: Die Hornschicht ist im ganzen stark verdickt und geht an einzelnen Stellen, welche nicht gerade den stärkeren Blasenerhebungen entsprechen, in Krusten über. Letztere sind mit teils serösen, teils kernreichen Höhlen erfüllt. Genauer vollzieht sich der Übergang der verdickten Hornschicht in Krusten auf folgende Weise: Die Körnerschicht ist nicht mehr vorhanden, die Hornschicht verliert ihren blätterigen, abschuppenden Charakter und gewinnt dafür ein mehr homogenes Aussehen. Die Kerne der verhornenden Zellen bleiben in Stäbchenform erhalten (Hämatoxylinpräparat). Die Hornschicht zeigt also die Symptome der Parakeratose (Verhornung ödematöser, entzündlich veränderter Stachelschicht). Diese parakeratotische Hornschicht verwandelt sich an einzelnen Stellen durch Aufnahme von mehr Serum und Leukocyten in Krusten. An denjenigen Stellen, wo es hauptsächlich zu dieser Krustenbildung gekommen ist, zeigt sich die darunterliegende Stachelschicht erheblich verschmälert, während im übrigen die Stachelschicht durch Ödem der Stachelzellen stark verbreitert ist und diejenigen Erscheinungen zeigt, welche ich oben von dem milderen Grade der Pyrogalloldermatitis an meiner eigenen Haut beschrieben habe. Man sieht also, dafs die Verdickung und Krustenbildung der Hornschicht auf Kosten der Stachelschicht stattfindet und nicht durch ein nebenhergehendes Wachstum von jungem Epithel ersetzt wird. Demgemäfs habe ich trotz des langen Bestehens der Pyrogalloldermatitis in der ödematösen Stachelschicht keine Mitosen gefunden (Flemmingsche Lösung, Safranin).

Das Ödem der Stachelschicht ist im allgemeinen am stärksten in seinen unteren Lagen und führt hier zu einem parenchymatösen Ödem der einzelnen Zellen (s. Fig. 1 *os*). Dadurch treten bei Methylenblaufärbung die ödematösen Zellenlagen und Zellenkomplexe als aufgehellte Stellen hervor und bilden den Boden, auf welchem sich an einzelnen Orten Bläschen entwickeln. Letztere entstehen in sehr verschiedenen Höhen der Stachelschicht, zum Teil unmittelbar unter der Kruste, zum Teil bereits in den unteren Lagen und bilden meist Bläschengruppen, welche durch feine Zwischenwände darstellende Stachelzellreihen geschieden sind. Die kleineren und tiefer sitzenden Bläschen (s. Fig. 1 *kb*) scheinen mir aus der Kolliquation einzelner Epithelien hervorgegangen zu sein, während die gröfseren (s. Fig. 1 *gb*) und höher liegenden durch ihre scharfe Begrenzung und geringen Epithelgehalt mehr für eine interstitielle Entstehung sprechen. Da nun ein Zellenödem überall, auch in der nicht bläschentragenden Stachelschicht, verbreitet ist, so wird man wohl nicht fehlgehen, wenn man den Anfang dieser Pyrogallolbläschen auf kolliquative Veränderung des Epithels zurückführt, während man für die gröfseren auch eine Entstehung durch Verdrängen der Epithelien zuläfst.

Die Cutis zeigt in der Ausbildung ungemein breiter Zellenscheiden um die Gefäfse, in dem besonderen Hervortreten hypertrophischer Spindelzellen (s. Fig. 1 *hop*) und dem Zurücktreten der Leukocytenauswanderung das bereits von der milden Pyrogalloldermatitis vom Menschen beschriebene Bild. Für den rein serösen Charakter der Entzündung, auch in der Cutis, spricht die auffallend geringe Menge von Leukocyten, welche sich in den darüber liegenden, serumerfüllten Bläschen befindet.

5. Fall. An zwei Tagen wird je zweimal, morgens und abends, 10%iges Pyrogallolkollodium auf den Vorderarm des Laboratoriumsdieners K. gepinselt.

Die betreffende Stelle war schon nach 12 Stunden gerötet und geschwollen und in geringem Grade schmerzhaft. Nach 24 Stunden die Epidermis leicht abgehoben. Das excidierte Stück wird teils in Alkohol, teils in Flemmingscher Lösung und Alkohol gehärtet, in Kollodium gebettet und geschnitten. Protoplasmafärbung.

Die Hornschicht ist stark verdickt und zum grofsen Teil durch Blasenbildung von der Epidermis abgehoben. In den Bläschen viel Serum, wenig Leukocyten. Das Protoplasma der Epithelien, besonders bei der Stachelschicht, und hier am ausgeprägtesten bei der basalen Stachelschicht, ist ödematös geschwollen und aufgehellt. Wenig Granoplasma. In der Epidermis keine Mitosen.

In der Cutis eine starke Zellenanhäufung um die Gefäfse, die zum kleineren Teil aus Leukocyten besteht, zum gröfseren aus gewucherten Spindelzellen. Die ganze Cutis, besonders um die Gefäfse, ist ödematös. Die Lymphspalten, auch innerhalb der perivaskulären Zelleninfiltrate, sind erweitert. Die Breite dieser Zellenansammlung ist wesentlich geringer, als im Falle 2 und 4, was wohl auf die kürzere Dauer der Behandlung mit Pyrogallol zurückzuführen ist. Mastzellen sind vorhanden, aber nicht vermehrt. Um die Veränderung an den Epithelien besser zum Vorschein zu bringen, Schnittfärbung mit der Methylenblau-, neutralen Orceinmethode: Färbung mit Methylenblaulösung, Entfärbung mit 1%iger neutraler spirituöser Orceinlösung. Die Epithelien sind in die Länge gezogen und vertikal zwischen Blasendecke und Blasenboden ausgespannt. Das Protoplasma ist aufgehellt, die Kerne unverändert (parenchymatöses Ödem der Epithelien). Die Epithelien der Haarbälge sind in diesem Falle ebenfalls parenchymatös geschwollen. Unter der Hornschicht und sonst im Epithel befinden sich zahlreiche Bläschen, die durch Zerfall der ödematös geschwollenen Epithelien entstanden sind (Kolliquationsbläschen). In ihnen und an ihren Wänden sieht man alle Übergänge von der Schwellung zum Zerfall der Epithelien.

Es handelt sich in diesem akut entstandenen Falle mithin um durchaus ähnliche Veränderungen, wie bei der oben vom Menschen beschriebenen

Pyrogalloldermatitis: parenchymatöses Ödem der Stachelschicht, Bläschenbildung durch Kolliquation derselben; Ödem und mäfsige Leukocytenauswanderung in der Cutis, Zellenwucherung um die Gefäfse. Dagegen liefs sich die starke spongioplastische Hypertrophie der Spindelzellen nicht wie in jenem Falle nachweisen.

6. Fall. 10%iges Pyrogallolpflastermull bleibt drei Tage lang auf einem kleineren Abschnitt des Kaninchenohrs liegen. Krusten- und Blasenbildung.

Die Blasenbildung hat hier stattgefunden, indem die Hornschicht mit einem Teil der oberen Stachelschicht zur Blasendecke emporgehoben wurde, während der untere Teil der Stachelschicht auf der Cutis sitzen blieb und hier, im abgeflachten Zustande, den Blasenboden bildet. Die Blase ist sehr grofs und einkämmerig. Zum gröfsten Teil ist sie erfüllt mit flüssigem Serum und einer mäfsigen Menge von Leukocyten. Innerhalb dieser Flüssigkeit sind einzelne abgelöste Epithelien und Serumgerinnsel suspendiert.

In der dünnen, den Blasenboden bildenden Stachelschicht habe ich keine Mitosen auffinden können (Osmiumpräparate).

Die Bindegewebszellen der Cutis sind stark angeschwollen. Namentlich ist das Spongioplasma derselben stark hypertrophisch, so dafs, indem die Zellen sich mit ihren spongiösen Ausläufern in allen Richtungen verbinden, dasselbe wie ein schwammartiges Netz die ganze Cutis durchsetzt.

Um das gewucherte Spongioplasma besonders deutlich zu machen, werden einige Schnitte mit der spezifischen Spongioplasmafärbung gefärbt: starke Färbung mit Methylenblaulösung, Entfärbung mit Alaunanilin (konzentrierte Lösung). Jetzt zeigt sich die Wucherung des Spongioplasmas in ausgezeichneter Weise. Man sieht mit einer seltenen Klarheit das durch Unnas Beschreibung bekannte Bild, die allseitig vakuolisierten Zellkörper (s. Fig. 2). In den Hohlräumen der Zellkörper ist sehr wenig Granoplasma vorhanden, wodurch die wabenartige Struktur noch durchsichtiger hervortritt. Anhäufung von Granoplasma in derselben und Bildung von Plasmazellen findet nirgends statt.

Auf Kernteilung der Bindegewebszellen untersuchte ich dieselbe Haut an einem zunächst in Flemmingscher Lösung gehärteten Stückchen.

Es fanden sich nur ganz vereinzelte Mitosen. Hieraus folgt, dafs die Wucherung der Bindegewebszellen in der Cutis der Hauptsache nach auf eine Hypertrophie und nicht auf mitotische Zellenwucherung zu beziehen ist. Ebenso finde ich die Zellanschwellung bei weitem vorwiegend gegenüber der lokalen Leukocytose. Es sind einzelne Leukocyten im ganzen Gewebe zwischen den hypertrophischen Bindegewebszellen zerstreut. Sie bestimmen aber durchaus nicht den Charakter dieser starken akuten Pyrogalloldermatitis.

Ziehen wir nun das Facit aus der histologischen Untersuchung dieser

Fälle von Pyrogalloldermatitis, so glaube ich, dafs dasselbe uns bereits einen befriedigenden Aufschlufs über die Art der Entzündung, des Ödems und der Blasenbildung giebt, während die Erforschung der Pyrogallolnekrose der Zukunft vorbehalten bleibt. Es kommt hierbei zu statten, dafs die Erscheinungen am Kaninchen und am Vorderarme des Menschen sich in allen wesentlichen Punkten decken. Abweichungen bestehen nur in der verschieden raschen Ausbildung der Symptome.

Wir können auch zunächst an einem Gesamtbilde die Erscheinungen, wie sie bei einer akuten und stürmischer verlaufenden Dermatitis auftreten, kombinieren mit denjenigen, welche die chronischer und schleichender verlaufenden Fälle auszeichnen. Auf die geringen Differenzen beider werde ich zum Schlusse zu sprechen kommen.

Die Pyrogalloldermatitis ist stets charakterisiert durch eine Verdickung der Hornschicht und Neigung zur Ablösung gröberer Lamellen, d. h. zur Schuppenbildung. Bei intensiverer und besonders bei längerer Einwirkung wird die Hornschicht von der Tiefe her ödematös, zeigt die Symptome der Parakerotose und verwandelt sich schliefslich in eine mit geronnenem Serum und Leukocyten durchsetzte Kruste. Sowohl die blofs verdickte, als auch die zur Kruste umgewandelte Hornschicht wird an einzelnen Stellen, mit oder ohne einen Teil daranhängender Stachelschicht, durch Blasenbildung in die Höhe gehoben.

Die Stachelschicht zeigt als Hauptsymptom in allen Fällen ein parenchymatöses Ödem der Stachelzellen, besonders der unteren Lagen. Der Gehalt der Zellen an Granoplasma nimmt dabei erheblich ab. An diesem Ödem participiert auch die Stachelschicht des oberen Teiles der Haarbälge. Bei stärkerer Einwirkung kommt es zur Bildung zerstreuter Bläschen durch Kolliquation der Stachelzellen. Bei stürmischer Einwirkung kommt es durch Andrang des Exsudats zum Zusammenfliefsen mehrerer Bläschen zu grofsen einkämmerigen Höhlen, deren Sitz die Mitte oder der obere Teil der Stachelschicht ist. Wirkt das Pyrogallol längere Zeit ein, so zeigt sich neben der Bläschenbildung durch Kolliquation auch eine solche durch Verdrängung der Epithelien und Erweiterung der Lymphspalten des Epithels. Wo aufser der Stachelschicht gleichzeitig die Hornschicht ödematös ist, verschmälert sich die im allgemeinen stark angeschwollene Stachelschicht bedeutend auf Kosten der Krustenbildung. Der Inhalt der Bläschen ist ein rein seröser oder leukoseröser. Doch spielt die Einwanderung der Leukocyten in das Epithel bei der Pyrogalloldermatitis eine nur untergeordnete Rolle, und zu Ansammlung von Leukocytenhaufen im Epithel kommt es nur bei längerem Bestande der Dermatitis. Ein äufserst wichtiges Symptom der letzteren ist endlich die Abwesenheit von Mitosen, dem sichtbaren Zeichen der Epithelneubildung, selbst in den Fällen, in welchen die Entzündung längere Zeit unterhalten war.

Einerseits die zerstreute, unregelmäfsige, kolliquative Bläschenbildung auf der Basis hochgradig ödematöser Epithelien, andererseits der Mangel von Epithelneubildung auf der Höhe des Prozesses unterscheidet die zur Bläschenbildung führende Pyrogalloldermatitis scharf und sicher von der Bläschenbildung beim Ekzem. Schon aus diesem Grunde ist die häufig geführte Bezeichnung Pyrogallolekzem für Pyrogalloldermatitis eine durchaus unzutreffende; histologisch — wie übrigens auch klinisch — ist die Blasenbildung durch Pyrogallol mit dem vesikulösen Ekzem nicht im mindesten vergleichbar.

Die Veränderungen in der Cutis sind charakterisiert durch Erweiterung der Blut- und Lymphgefäfse, Vergröfserung der Lymphspalten und ödematöse Erweichung des Kollagens, welches aufserdem durch die Zellwucherung aufgesplittert und rarefiziert wird. Sodann sind sehr charakteristisch die um die Gefäfse entstehenden breiten Zellenmäntel, welche schon bei kurz dauernder Pyrogalloleinwirkung eine erhebliche Gröfse erreichen und proportional der Dauer der Einwirkung sich verbreitern. Die Zellenmäntel bestehen zum geringsten Teil aus Leukocyten, enthalten aber auch keine Plasmazellen. Dagegen tritt bei der chronischen Einwirkung des Mittels beim Menschen — beim Kaninchen schon bei einer solchen von drei Tagen — eine sehr ausgeprägte einseitige Wucherung des Spongioplasmas der Zellen auf. Diese Wucherung durchzieht von den Zellenmänteln der Gefäfse aus als ein zusammenhängendes spongioplastisches Netz die ganze Cutis. Jedenfalls besteht der gröfsere Teil der gesamten Zellenwucherung aus derartig hypertrophierten Spindelzellen, während nur sehr vereinzelte Mitosen eine beschränkte Neubildung von Bindegewebszellen erweisen.

Nach meinen Präparaten finde ich für die menschliche Haut, auf die es uns ja vor allem ankommt, den Unterschied zwischen der akut und stürmisch verlaufenden und der chronisch und schleichend auftretenden Pyrogalloldermatitis hauptsächlich in folgenden drei Symptomen, welche nur der letztgenannten Form zukommen:

Sehr breite Zellenmäntel um die Gefäfse, allgemeine spongioplastische Wucherung der Bindegewebszellen und ausgedehnte kolliquative Blasenbildung mit Hinzutreten von Verdrängungsblasen.

Ich möchte meine Arbeit nicht abschliefsen, ohne die in der Praxis stehenden Dermatologen darauf hinzuweisen, dafs die von mir gefundenen histologischen Erscheinungen vollauf den klinischen entsprechen, auf die besonders Unna in der oben angeführten Schrift aufmerksam gemacht hat. Wir haben hier den reinen histologischen Typus einer starken Reduktionswirkung vor uns:

„Erweichung in der Cutis und in der Stachelschicht unterhalb einer verdickten Hornschicht."

Herrn Dr. UNNA sage ich auch an dieser Stelle für Unterstützung durch seinen vielerfahrenen Rat meinen verbindlichsten Dank.

Tafelerklärung.

Fig. 1. Senkrechter Schnitt menschlicher Haut nach drei Wochen langer Behandlung mit 5%igem Pyrogallolkollodium (*Fall 4*).

os = ödematöse Stachelschicht,
s = geronnenes Serum der Bläschen,
gb = grofse durch Konfluenz entstandene Blase,
kb = kleine Bläschen,
si = Zelleninfiltrat entlang der Gefäfse,
hsp = Hypertrophie des Spongioplasmas der Bindegewebszellen.

Fig. 2. Einzelne hypertrophische Spindelzellen aus der Cutis des stark pyrogallisierten Kaninchenohrs (*Fall 6*). Die Hypertrophie ist wesentlich spongioplastisch.

Über die Pluralität der Trichophytonpilze.

Von

Prof. V. MIBELLI-Parma.

Als ich im Verlaufe des letzten Jahres zwei schöne Fälle von Trichophytia blepharo-ciliaris zu beobachten Gelegenheit hatte (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXI. No. 11), schienen mir dieselben weniger interessant wegen der seltenen Lokalisation der Affektion als wegen des Ursprungs dieser letzteren. Nach der heutigen Anschauungsweise über die Pluralität des Pilzes der Trichophytie zu urteilen, hing vielleicht diese Lokalisation von dem Umstande ab, dafs es sich um eine besondere Art oder Varietät des Trichophytons handelte.

Es gelang mir jedoch nicht, deutliche Kulturen zu gewinnen, teils wegen der besonderen Schwierigkeiten im vorliegenden Falle, teils wegen der Widerspenstigkeit der Patienten, die sich zu solchen Versuchen nicht eigneten. Es war mir demnach bezüglich des Ursprungs der Infektion nur möglich, indirekte Beweise zu erlangen, und diese schienen zu Gunsten einer tierischen Herkunft zu sprechen. Dieser tierischen Herkunft glaubte ich denn auch besondere Wichtigkeit beimessen zu müssen bezüglich der Lokalisation am freien Rande der Lider und an den Cilien. So führten mich unter anderen die anatomischen Angaben, welche besonders in einem

Falle beachtenswert waren, zu einer solchen Annahme, welche noch durch das klinische Bild und die Entwickelungsweise der Läsionen unterstützt wurde.

Die Affektion an den Lidern war auch in der That eine wahre Blepharitis mit Neigung zur Bildung von Hordeola. An anderen Stellen, wie am Kopfe und im Gesichte, nahmen die Efflorescenzen einen rasch verlaufenden, ausgesprochen entzündlichen Charakter an. Dies kommt bekanntlich dann vor, wenn die trichophytische Infektion nicht vom Menschen, sondern vom Tiere abstammt. Es lag mir daran, diesen klinischen Beleg durch die mikroskopische Untersuchung der Cilien zu bekräftigen. Nach den Mitteilungen von SABOURAUD[1] sollen nämlich genaue Beziehungen bestehen zwischen dem mikroskopischen Aussehen eines von Trichophytie befallenen Haares und dem besonderen Verhalten dieses Haares auf den künstlichen Nährböden, so dafs es also durch die mikroskopische Untersuchung möglich wäre, „den Pilztypus zu diagnostizieren, dem irgend eine klinische Form der Tinea tonsurans angehört".

Die recht sorgfältig unternommene Untersuchung entsprach meinen Erwartungen nicht. Statt eines Trichophyton ectothrix, der nach SABOURAUD vom Tiere abstammt, fand ich ein Trichophyton endothrix, das nach der Ansicht desselben Autors menschlichen Ursprungs ist. Danach konnte ich also den mikroskopischen Befund nicht für die Unterstützung der Theorie von der tierischen Abstammung des Trichophytons verwerten. Da mir aber dieselbe genügend erwiesen schien, zumal aus der Anamnese des einen Falles, so wurde ich geneigt, den diagnostischen Wert, den SABOURAUD der mikroskopischen Untersuchung zuschrieb, in Zweifel zu ziehen. Selbstverständlich durfte ich vorläufig nicht weiter gehen; denn es wäre unvorsichtig gewesen, einem so reichhaltigen Beobachtungsmaterial, wie das von SABOURAUD, der sich drei Jahre lang mit dem Gegenstande befafste, eine Kritik gegenüberzustellen, die sich nur auf zwei Fälle stützte.

Ich wünschte deshalb eine Erklärung zu finden für diese entgegengesetzten Resultate meiner Untersuchungen. Dazu mufste ich notwendigerweise so viele Fälle von Trichophytie als nur möglich aufs genaueste in klinischer sowohl, wie in histologischer und mykologischer Beziehung studieren. Diese Arbeit wurde denn auch sofort begonnen und dauert nun bereits zehn Monate. Mein Assistent, Herr Dr. M. PELAGATTI, der dieselben besorgt, wird seiner Zeit weitläufig ihre Resultate mitteilen. Da jedoch einzelne dieser letzteren bereits aufser Zweifel stehen und zur Erklärung gerade derjenigen Punkte genügen, die ich auseinandersetzen wollte, so erachte ich es für nützlich, hier einiges darüber zu sagen, wobei ich die Gelegenheit ergreife, Herrn SABOURAUD meinen herzlichsten Dank

[1] *Les trichophyties humaines* pag. 9.

auszusprechen für sein freundliches Entgegenkommen und die Gefälligkeit, mit der er mir alle gewünschte Auskunft erteilte, wodurch ein nutzloses Hin- und Herschreiben, Mifsverständnisse und eine leidige Polemik vermieden wurde.

Zum Nachweise, ob und inwieweit meine eigenen Untersuchungen mit denen Sabourauds übereinstimmen, mufs ich kurz die Grundzüge seiner Arbeit wiederholen.

Vorerst behauptet Herr Sabouraud, dafs die in Frankreich als „teigne tondante" bekannte Affektion durch verschiedene Pilze erzeugt wird, die verschiedenen klinischen Bildern entsprechen. Unter den klinischen Formen der Tinea tonsurans wäre eine in Paris sehr verbreitet, und es würde sich dieselbe von allen anderen genau unterscheiden und eine eigene Art bilden: die kleinsporige Tinea, deren Pilz, das Mikrosporon Audouini, kein Trichophyton sei. Alle anderen Formen würden hingegen durch Pilze erzeugt, die alle zum Genus Trichophyton gehören, aber je nach den Fällen verschiedene Arten bilden.

Nach Sabouraud gäbe es demnach unter den Tineae tonsurantes eine nicht-trichophytische und mehrere trichophytische Arten, und nur diese letzteren verdienten die allgemein adoptierte Bezeichnung Trichophytie.

Indem er andererseits von drei verschiedenen Gesichtspunkten ausgeht, nämlich 1. dem klinischen Bilde, 2. der mikroskopischen Untersuchung der kranken Haare und 3. dem Aussehen, der Form und der mikroskopischen Untersuchung der Kulturen, welche mit den afficierten Haaren gewonnen wurden, meint Sabouraud, dafs in diesem klinischen Polymorphismus der Trichophytien zwei verschiedene Typen aufzustellen seien. Der eine dieser Typen würde sich einerseits durch klinische und kulturelle Merkmale, andererseits aber auch in mikroskopischer Hinsicht auszeichnen, indem in dem kranken Haare der Pilz aus grofsen, zu Fäden angeordneten Sporen besteht, die sich ausschliefslich im Innern des Haares befinden (endothrix).

Die Trichophytien des anderen Typus sind einerseits wieder durch klinische und kulturelle Verhältnisse, andererseits dadurch gekennzeichnet, dafs sich die ebenfalls grofsen und zu Fäden gruppierten Sporen alle aufserhalb des Haares befinden, und zwar zwischen Wurzel und Wurzelscheide (ectothrix).

Die mikroskopische Untersuchung der kranken Haare giebt Aufschlufs über:

1. die Dimensionen der parasitären Elemente,
2. die Form und die Gruppierungsweise derselben unter sich,
3. den Aufenthalt des Pilzes.

Auf diese mikroskopische Untersuchung legt Sabouraud, wie gesagt, grofsen Wert, weil ihm die Erfahrung gezeigt hat, dafs das Aussehen

aller Haare bei demselben Individuum dasselbe ist, und daſs genaue Übereinstimmung besteht zwischen den morphologischen Einzelheiten eines Pilzes und seiner Kultur, so daſs die mikroskopische Untersuchung einiger Haare zur sofortigen Feststellung der Diagnose des Typus, öfters selbst der Art des Trichophytons genügen würde.

Nach dieser Unterscheidung der Trichophytien in endothrix und ectothrix fand SABOURAUD, daſs die ersteren einen menschlichen, die letzteren einen tierischen Ursprung haben. Von den Pilzen der ersteren Gruppe (endothrix) unterscheidet er verschiedene Arten, worunter besonders zwei:

1. Ein Trichophyton mit resistentem Mycelium und gelblichen, kraterförmigen Kulturen.

2. Ein Trichophyton mit wenig resistentem Mycelium und zugespitzten Kulturen.

Diese beiden Arten, besonders die erstere, findet man in Paris bei der gewöhnlichen Trichophytie der Kinder; das Trichophyton endothrix mit resistentem Mycelium und kraterförmigen Kulturen bildet somit den gewöhnlichen Pilz der Trichophytia capitis und den ausgebildeten Typus des endothrix, menschlicher Herkunft.

Was nun die Arten der zweiten Gruppe, des ectothrix, anlangt, so werden sie in Paris viel seltener bei der Trichophytie des Menschen beobachtet, weisen aber viel zahlreichere Arten auf, indem bei der Nachforschung stets neue auftreten, so daſs ihre Zahl eine unbegrenzte ist. Diese Verschiedenheit des Aussehens der Kulturen bezieht sich aber stets nur auf verschiedene Fälle, während bei einem und demselben Falle alle kranken Haare die gleichen Veränderungen zeigen.

Doch findet SABOURAUD auch unter dem Trichophyton ectothrix eine Art besonders häufig, nämlich das Trichophyton pyogenes (vom Pferde) mit weiſsen Kulturen. Dieses würde dann den vollkommensten Typus des Trichophyton ectothrix repräsentieren, ähnlich wie das Trichophyton mit resistentem Mycelium den Urtypus des endothrix bildet.

Fassen wir die Hauptpunkte aus SABOURAUDs Arbeit zusammen, so finden wir, daſs er:

1. von den Trichophytien eine besondere Art unter der Bezeichnung „Tinea tonsurans mit kleinen Sporen, oder Tinea GRUBY“ abtrennt und die Pluralität des Trichophytons nachweist;

2. genaue Beziehungen zwischen einer bestimmten Trichophyton-Art und einer bestimmten klinischen Form findet;

3. mit Hülfe der mikroskopischen Untersuchung der kranken Haare die Diagnose und bis zu einem gewissen Grade auch die Prognose und Therapie des betreffenden Trichophytie-Typus feststellt.

Die in meinem Laboratorium vorgenommenen Untersuchungen beziehen sich auf Kinder und Erwachsene aus der Stadt oder vom Lande.

Die Zahl der Fälle beträgt 28, die sich bezüglich der Lokalisation der Affektion verteilen in

18 Fälle von Trichophytie des Kopfes,
7 „ „ „ der Barthaare,
2 „ „ circinärer Trichophytie der Epidermis,
1 Fall „ Trichophytie der Nägel.

Bei einigen dieser Patienten war die Affektion auf verschiedene Körperstellen verteilt, und diese lieferten das Material zu den Kulturen.

In jedem einzelnen Falle wurde berücksichtigt:

1. die Anamnese und die genaue Beschreibung der Läsion;

2. die mikroskopische Untersuchung der Haare, Epidermisschuppen oder Nägel; Anlage von Dauerpräparaten;

3. Kulturen auf künstlichen Nährböden.

Für die mikroskopischen Untersuchungen bedienten wir uns stets der 40%igen Kalilauge, welche mehr oder weniger stark erwärmt wurde; darauf wurden die Präparate reichlich in Wasser abgewaschen, wobei darauf geachtet wurde, dafs die so behandelten Haare weder mit den Fingern, noch mit Nadeln oder Spateln in Berührung kamen.

Als Nährböden, die zur Verwendung kamen, nennen wir: Kartoffeln, peptonisierter Agar mit Zusatz von Mannit oder Maltose nach der (späterhin von uns etwas modifizierten) Formel von SABOURAUD: Wasser 100, Agar 1,3, Pepton 0,5, Maltose 3,8. Als Gefäfse dienten neben den gewöhnlichen Reagensgläsern die KRÁLschen Schachteln und die ERLENMEYERschen Fläschchen. Temperatur: 19—20° C.

Die ersten Übertragungen des Materials (Haare, Schuppen, Nägel) geschahen zunächst stets auf Reagensgläserkulturen, wobei wir stets Reinkulturen des spezifischen Pilzes erhielten, die zu weiteren Übertragungen dienen konnten.

Die ersten Resultate dieser Untersuchungen wurden bereits in der Aprilnummer der *Ann. de derm. et de syph.* (1895) publiziert auf Grund eines Briefes, den ich Herrn SABOURAUD schickte und der in der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie vorgelesen wurde. Bei keinem meiner Trichophytiepatienten fand ich das charakteristische Bild der kleinsporigen Trichophytie (GRUBY-SABOURAUD), die so häufig in Paris angetroffen wird.

Bei allen öfters wiederholten mikroskopischen Untersuchungen von Haaren ist es mir nie gelungen, die von SABOURAUD als charakteristisch für einen vom Trichophyton spezifisch verschiedenen Pilz (dem Mikrosporon Audouini) beschriebenen Merkmale zu finden, sei es nun in Bezug auf Dimension und Form, oder auf Anordnung der parasitären Elemente, oder auf die Art der Verteilung dieser Elemente auf dem Haare. Auch fand ich unter meinen Kulturen niemals Kolonien, welche denjenigen

ähnlich sahen, die SABOURAUD stets bei derselben speziellen Trichophytieform gefunden hat.

Herr SABOURAUD hat mir einige Kulturen seines Mikrosporon Audouini zugeschickt, und habe ich mit denselben auf den gleichen Nährböden in meinem Laboratorium neue Kolonien erzeugt. Ich konnte mich denn auch überzeugen, als ich dieselben mit meinen Trichophytonkulturen verglich, dafs es sich um einen ganz verschiedenen Pilz handelte, und zwar bezieht sich diese Verschiedenheit nicht nur auf das Aussehen der ausgewachsenen Kolonien, sondern auch auf die Art und Weise, wie sie sich in den ersten Entwickelungsphasen ausnehmen. Aufserdem sandte mir Herr SABOURAUD mehrere Tausende kranker, sein Mikrosporon enthaltender Haare, welche mittelst Collodium elasticum in toto von der Kopfhaut entfernt worden waren.

Die Ergebnisse der Untersuchung dieser Haare waren für mich ganz neu.

Der Unterschied zwischen dem Aussehen dieser Haare und derjenigen, die ich in Hunderten von Trichophytiefällen im Verlaufe von elf Jahren untersucht hatte, war so auffallend, dafs ich bekennen mufste, niemals ähnliche Fälle gesehen zu haben, und zwar weder in Siena, noch in Cagliari, noch in Parma, wo ich doch eine grofse Anzahl von an Trichophytie leidenden Kindern sah. Noch viel weniger konnte in einem der 28 Fälle, die ich im Verlaufe dieses Jahres untersucht habe, von einer speziellen Tinea Gruby mit ihrem spezifischen Pilze, dem Mikrosporon Audouini, die Rede sein. Meine persönlichen Erfahrungen in diesem Punkte gestatten mir nicht, der Ansicht SABOURAUDS beizustimmen, dafs das Mikrosporon Audouini kein Trichophyton sei. Nach dem aber, was ich gesehen habe, mufs ich bekennen, dafs er unter ganz anderen Erscheinungen auftritt, als die Trichophytonformen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte. Daraus läfst sich schliefsen, dafs der Pilz in gewissen Gegenden Italiens, speziell in der Provinz Parma, nicht vorkommt. Andererseits kann behauptet werden, dafs in meinen 28 Fällen stets ein Pilz gefunden wurde, an dessen Zugehörigkeit zu dem Trichophyton nicht gezweifelt werden kann, und zwar auf Grund der histologischen und bakteriologischen Untersuchung.

In den genannten 28 Fällen beobachteten wir eine verschiedene Lokalisation der Trichophytie. Auch bei derselben Lokalisation fanden wir von einem Falle zum anderen recht bemerkbare Unterschiede in der klinischen Form, wobei noch besonders zu bemerken ist, dafs wir in diesen verschiedenen Fällen *auch bedeutende Verschiedenheiten in den Kulturen erhalten* haben.

Es handelt sich also darum, nachzuweisen, ob diese Differenz im Aussehen der von den verschiedenen Fällen herrührenden Kulturen blofs

auf den Pleo- oder Polymorphismus zurückzuführen sei, den einzelne Forscher dem Trichophyton zugeschrieben, oder aber, ob sie einen Beleg bilden für das Bestehen verschiedener selbständiger Arten des Genus Trichophyton, die unabhängig von experimentellen und kulturellen Bedingungen vorkommen.

Die Resultate unserer Untersuchungen lassen sich kurz also zusammenfassen.

Die 28 Fälle lassen sich vorerst in zwei distinkte Gruppen einteilen, indem 20 davon violett-rote, die anderen aber gelblich-weifse Kulturen lieferten (mit Ausnahme eines einzigen Falles, dessen Kulturen von rosaroter Farbe waren). Die Kulturen der ersten Gruppe zeichnen sich besonders durch ihre Farbe aus, die auf Maltose-Agar dunkelrot, auf Mannit-Agar dunkelviolett (ähnlich dem Violett der Viola tricolor) ist. Die Kulturen der zweiten Gruppe bleiben stets weifslich, resp. grau- oder gelblich-weifs.

Neben dieser höchst auffallenden, auf Farbdifferenzen beruhenden Verschiedenheit der beiden Typen, des violett-roten und des gelblich-weifsen, bestehen aber noch andere Unterscheidungsmerkmale, die zur Erkennung der beiden Gruppen oder Typen für sich allein genügen würden und die wir in der nachfolgenden Tafel zusammenstellen wollen:

I. Kulturen des violett-roten Typus:	II. Kulturen des gelblich-weifsen Typus:
1. Langsme Entwickelung.	1. Rasche Entwickelung.
2. Dorsalfläche glatt, glänzend, auf mannithaltigem Nährboden stets gleich bleibend.	2. Dorsalfläche trocken, erdig, mehlig, undurchsichtig, mit der Zeit ein erdiges Aussehen annehmend.
3. Kein aërobes Mycelium.	3. Reichliches aërobes Mycelium.
4. Die Kolonien bilden Abzweigungen und dendritische Auswüchse, welche sich in den Nährboden einsenken und sich niemals aufserhalb desselben an die Gefäfswand anlehnen.	4. Die Kolonien bilden kräftige Ausstrahlungen und dendritische Verzweigungen, die, wenigstens teilweise, an der Oberfläche bleiben und sich mit der Zeit an die Gefäfswand anlehnen.
5. Der Durchmesser einer Kolonie überschreitet gewisse, verhältnismäfsig beschränkte Grenzen nicht.	5. Die Kolonien wachsen in dem Mafse, dafs sie nach und nach den ganzen Boden der Erlenmeyerschen Kölbchen (6—7 cm Durchmesser) bedecken.

Von diesen differentiellen Merkmalen lassen sich einzelne, wie z. B. das rasche Wachstum, die Farbe, das Aussehen der Dorsalfläche, bereits in den ersten Tagen nach der Übertragung erkennen, sogar in den Kul-

turen, welche direkt mit den kranken Haaren angelegt werden, so daſs bereits im Verlaufe der ersten Woche der Pilztypus diagnostiziert werden kann.

Diese Merkmale erhalten sich, ja werden sogar noch deutlicher bei den weiteren Übertragungen, deren wir bis 20 in mehreren hundert Gläsern vorgenommen haben. Niemals konnten wir dabei sehen, daſs sich die Kultur des einen Typus in der Weise änderte, daſs sie die Eigenschaften des anderen angenommen hätte.

Wir haben auch öfters die Zusammensetzung des Nährbodens modifiziert und die Kulturen vom Agar auf Kartoffeln übertragen. Entnahmen wir dann Kulturen von verschiedenen Nährböden und beschickten damit einen solchen von stets derselben Zusammensetzung, den wir als Norm gewählt hatten, so sahen wir stets dieselben spezifischen Merkmale wiederkehren, die der ursprünglichen Kultur eigen waren.

Die beiden Typen gehen also niemals ineinander über. Die kulturellen Differenzen, welche sie voneinander unterscheiden, lassen sich durch eine unbegrenzte Zahl von Generationen verfolgen und können als spezifische betrachtet werden.

Wir dürfen deshalb jetzt schon mit Furthmann und Neebe, Sabouraud, Rosenbach erklären, daſs es verschiedene Trichophytonarten giebt.

Trotz dieser scharfen Trennung der beiden Typen muſs doch zugegeben werden, daſs bei den unzähligen Übertragungen im einzelnen Falle, und zwar bei beiden Typen, einige Abänderungen in der Form, der Entwickelungsweise und der Farbe der Kolonien bemerkt wurden. So zeigte z. B. in Tochterkulturen das ursprüngliche scharfe Violett-Rot bei den nachfolgenden Übertragungen nicht mehr die ganz gleiche, gleichmäſsige Nuance: eine Kultur war zur Hälfte violett, zur Hälfte weiſs, eine andere zeigte eine gleichmäſsig verschleierte violette Farbe, wie etwa, wenn man auf einem Farbenbrette zu Violettem etwas Weiſs mischte. Ausnahmsweise erhielt man auch gleichmäſsig grünlich-gelbe Kulturen mit durchscheinendem violetten Zentrum. Viel öfter aber erschien die charakteristische Farbe beim violett-roten Typus bereits am ersten Tage nach der Übertragung, hie und da aber auch etwas später, aber dann doch nach und nach ganz deutlich. Es kam auch vor, daſs Kolonien des violett-roten Typus, die längere Zeit hindurch ihre normale Form und Farbe beibehalten hatten, später an ihrer Oberfläche schneeweiſse, aus aeroben Mycelien gebildete Flocken aufwiesen.

Endlich wurden nicht selten diese ursprünglich violetten Kolonien mit der Zeit von weiſslichen Vegetationen überwuchert, welche an der Peripherie in Form eines Ringes entstanden waren, sich dann gegen das Zentrum hin zusammenzogen, um schlieſslich die ganze Oberfläche zu

überziehen, mit Ausnahme höchstens des zugespitzten Zentrums. Öfters gingen solche Vegetationen auch von mehreren Punkten der Kolonie aus.

Bei den Kulturen des zweiten Typus kamen ähnliche Veränderungen auch vor, doch waren dieselben weniger deutlich wegen der weniger in die Augen springenden Farbe der Kolonien. Doch sahen wir auch hier auf glatten, regelmäfsigen Kolonien auf dem Boden von ERLENMEYERschen Kölbchen scheeflockenartige Vegetationen auftreten, die an Umfang zunahmen und die regelmäfsige Gestalt der primären Kolonien zerstörten und ihre Farbe verwischten. Andere Male überzogen diese Wucherungen nach und nach die Kolonie, ja überschritten deren Grenze in Form eines weifsen, mehlartigen Pulvers.

Diese Veränderungen zeigten sich besonders häufig im Verlaufe der ersten Monate unserer Untersuchungen, während wir später durch wiederholte und rasch aufeinanderfolgende Überimpfungen nach und nach absolut reine Kulturen gewannen, und zwar gelang es uns dann auch, in oben beschriebener Weise veränderten Kulturen ihre ursprüngliche Gestalt und Farbe wiederzugeben.

Die in der Zusammensetzung des Nährbodens (nach der Formel von SABOURAUD) vorgenommenen Abänderungen bestanden darin, dafs wir das Quantum Mannit oder Maltose etwas vermehrten, dasjenige des Peptons aber entsprechend verminderten.

Zur Stütze unserer Behauptungen möge unter anderen der Umstand dienen, dafs auch in Kulturen, deren Form, Farbe oder Oberflächenbeschaffenheiten tiefgreifende Veränderungen erfahren hatten, immer einzelne wichtige, differentielle Merkmale erhalten blieben, welche die Erkennung des Typus erlaubten, so dafs wir uns in unserer Ansicht nicht erschüttern zu lassen brauchten. Diese scharfe Trennung der beiden Typen, deren wir uns bereits in unseren ersten Untersuchungen überzeugen konnten, liefert ja einen neuen Beleg für die Pluralität des Trichophytons.

Wir suchten nun nach der Ursache dieser Veränderungen, welche offenbar nicht durch Verunreinigungen entstanden sein konnten, die aber von den Unitariern zu Gunsten ihrer Theorie des Polymorphismus ausgelegt werden dürften.

Nach KRÁL findet man nämlich solchen „Pleomorphismus in den Kulturen“ der Hauthyphomyceten oder, wie er sich ausdrückt, solche „Variationen des Wachstums und der Form“ bei den sorgfältigst ausgeführten Methoden.

Selbst dann würde man unter sich verschiedene Kolonien erzeugen, wenn man beim Anlegen von Kulturen von einer einzigen Spore ausginge, um so mehr aber, wenn sich die ursprünglichen Kulturen unter verschiedenen Lebensbedingungen oder auf verschiedenen Altersstufen befänden. Hieran haben wir wohl gedacht, obschon wir niemals ähnliches beob-

achteten. Wir mufsten uns aber überzeugen, dafs es sich um zwei spezifisch verschiedene Trichophyton handelte, nachdem wir gesehen hatten, dafs sie in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen stets auf den Nährböden scharf voneinander verschieden blieben, und zwar von den ersten Tagen an Monate hindurch bei unter den verschiedensten Bedingungen ausgeführten Überimpfungen.

Von diesen Variationen der Form und des Wachstums, welche KRÁL dem sog. Polymorphismus der Hyphomyceten zuschreibt, glauben auch wir etwas bemerkt zu haben, müssen dieselben aber anders auslegen, weil wir darin eine viel einfachere und leichter zu erklärende Erscheinung erblicken, auf welche SABOURAUD hingewiesen hat. Dieser Autor glaubt nämlich, dafs im Haar und den Epidermisschuppen neben dem Trichophyton noch andere Arten von Pilzen vorkommen, die nicht zur Gattung Trichophyton gehören; mit anderen Worten, es würde sich mit dem Trichophyton ähnlich verhalten, wie mit der Gattung Achorion beim Favus (KRÁL). Nach SABOURAUD würden nun diese begleitenden Pilze keine pathogene Wirkung entfalten und sich nicht bei der Trichophytie verhalten wie die bakteriellen Associationen bei den gemischten Infektionen oder wie sekundäre bakterielle Infektionen. Sie finden nur am Aufenthaltsorte des Trichophytons günstige Lebensbedingungen und bilden gleichsam dessen „Gefährten oder Tischgenossen" (SABOURAUD). Während diese letzteren nun im parasitären Leben bedeutend zurücktreten, so dafs man sie mit Hülfe des Mikroskops in den Haaren oder Epidermisschuppen kaum finden kann, entfalten sie auf den künstlichen Nährböden ein reges Leben, so dafs man ohne die nötigen Vorsichtsmafsregeln nur gemischte Kulturen erhält. Gerade diese „Gefährten" sind es, welche, wenn sie sich, wie öfters geschieht, erst später entwickeln, das Aussehen einer Kultur, die man bisher als absolut rein und typisch betrachtet hatte, mit einem Schlage verändern können, indem sie deren spezifische Merkmale verdecken. Ganz dieselben Pilzassociationen haben wir, wie oben mitgeteilt wurde, bei unseren Trichophytiekulturen beobachtet, und zwar speziell bei denjenigen des violett-roten Typus.

Dafs es sich in diesen Fällen wirklich um Mischkulturen gehandelt hat, haben wir dadurch bewiesen, dafs wir von ihnen auf identischen Nährböden Pilzformen abscheiden konnten, die ihnen fremd waren, sowie dadurch, dafs wir eine Veränderung unserer violett-roten Kulturen verhinderten. Dazu gelangten wir durch wiederholte Überimpfungen mit jungen Kolonien, so dafs es uns gelang, die verunreinigtesten Kulturen auf ihren ursprünglichen unveränderlichen Typus zurückzuführen.

Die Lehre von SABOURAUD über die Pilzassociation findet in unseren Experimenten eine neue Bestätigung. Sie dient zur Lösung einer Reihe von Schwierigkeiten und bildet die Grundpfeiler der Theorie von der

Pluralität der Trichophytiepilze. Hierbei wiederholen wir als besonders wichtig, dafs wir trotz einiger Modifikationen im Aussehen einiger unserer Kulturen niemals eine Umbildung des einen Typus in den anderen beobachten konnten, so dafs wir behaupten dürfen, wirklich zwei ganz verschiedene Trichophytiepilze isoliert zu haben.

* * *

Wir haben bisher die Trichophytiepilze von rein wissenschaftlichem Punkte behandelt; wir wollen das nun ins Praktische übertragen.

Wir müssen also untersuchen, ob den verschiedenen Trichophytonarten, die wir kultiviert haben, auch verschiedene klinische Bilder entsprechen, und zwar in Bezug auf die objektiven Symptome, die Schwere derselben und die Lokalisation der Läsionen. Wenn nämlich SABOURAUD wiederholt diese konstanten Beziehungen zwischen klinischer Form und dem betreffenden Pilze betont und als erwiesen betrachtet, dafs der klinische Polymorphismus der Trichophytien von der Multiplicität der Trichophytonpilze abhängt, so macht er doch andererseits gewisse Einschränkungen und erklärt, dafs es verfrüht wäre, aus dem Umstande, dafs eine bestimmte Pilzart einer bestimmten Läsion entspricht, schliefsen zu wollen, diese Regel sei auf alle Trichophytonarten, für welche dieser Beweis noch nicht geleistet worden, auszudehnen, und dafs man selbst für die scheinbar absolut spezifischen Arten dieses Verhältnis zwischen der Pilzart und den Merkmalen der Läsion nicht als strikte unabänderlich auffassen dürfe.

Wir selbst haben in sehr vielen Fällen ein Trichophyton gefunden, das in Paris sehr selten vorkommt und das SABOURAUD deshalb nicht Gelegenheit hatte, zu untersuchen, ein Trichophyton, bei dem solche klinisch-mykologische Beziehungen nicht nachgewiesen werden konnten.

Zu wiederholten Malen haben wir Herrn SABOURAUD Muster unserer violett-roten Kulturen geschickt, und aus den Vergleichungen derselben geht hervor, dafs es sich in allen Fällen um dieselbe Trichophytonart gehandelt hat, die sich sehr leicht differenzieren läfst; sie figuriert unter den 19 Arten, die er aufstellt (*Ann. de Derm.* 1893. pag. 116—113) als No. 5 unter der Bezeichnung Trichophyton megalosporon (vom Hunde?). Sie ist in Paris so selten, dafs sie trotz der eifrigsten Untersuchungen im Zeitraume von drei Jahren bei einem Materiale von beinahe 600 Patienten nur siebenmal beobachtet wurde und zwar unter den klinischen Formen des Herpes circinatus und tonsurans. Unter 18 Fällen von Herpes tonsurans, die wir untersuchten, haben wir diese (violett-rote) Spezies 15 Mal angetroffen. In den drei anderen handelte es sich um Kulturen des zweiten Typus (von gelblich-weifser Farbe). Bei diesen letzteren erkannte SABOURAUD die Pilzspezies wieder, die er als Trichophyton endothrix mit wenig resistentem Mycelium und zugespitzten Kulturen bezeichnet und als Er-

zeuger einer besonderen klinischen Form des Herpes tonsurans betrachtet, die er „peladoïde“ nennt.

Kein einziger unserer Fälle hat demnach das Trichophyton endothrix mit resistentem Mycelium und kraterförmigen Kulturen geliefert, die SABOURAUD am häufigsten in Paris antrifft, und das er als den Typus der Endothrix (menschlicher Herkunft) betrachtet.

In klinischer Beziehung sehen sich unsere 15 Fälle von Herpes tonsurans mit violett-roten Kulturen gleich, abgesehen von einigen untergeordneten Verschiedenheiten; sie konnten alle leicht auf dieselbe klinische Form zurückgeführt werden, nämlich auf diejenige, welche von SABOURAUD als „peladoïde“ beschrieben wurde und sich hauptsächlich durch jene bekannten schwarzen Punkte kennzeichnet, die sich wie Pulverkörner ausnehmen, in den Follikelausführungsgängen stecken und aus Haarwurzeln bestehen, die unter den Epidermisschuppen verborgen sind.

Bezüglich der drei Fälle, welche die gelblich-weifsen Trichophytonkulturen mit zugespitztem Zentrum und wenig resistentem Mycelium geliefert haben, mufs gleich gesagt werden, dafs die Läsionen von den obengenannten nur darin verschieden waren, dafs bei ersteren die schwarzen Punkte weniger deutlich ausgeprägt waren; doch glaube ich auf diesen Umstand nicht viel Gewicht legen zu müssen, weil die Fälle bereits behandelt worden waren, bevor wir sie zum ersten Male sahen und dadurch mehr oder weniger verändert waren. Wir wollen also blofs von den 15 Trichophytiefällen mit violett-roten Kulturen sprechen und können jetzt schon erklären, dafs diese Pilzart dieselbe sog. peladoïde Form der Trichophytie erzeugt. Man sieht also, dafs diese klinische Form, welche in Paris ausschliefslich durch das Trichophytón endothrix (mit zugespitzten Kulturen und wenig resistenten Mycelien, SABOURAUD) bedingt zu sein scheint, zuweilen auf eine andere, substantiell verschiedene Trichophytonspezies zurückgeführt werden kann, die in der Provinz Parma zufällig am häufigsten vorkommt, auf das Trichophyton mit violettroten Kulturen. Wir erinnern daran, dafs wir dieses letztere nicht nur in 15 Fällen von Herpes tonsurans des Kopfes, sondern auch in einem Falle von Trichophytia circinata der Epidermis, am Halse eines 13jährigen Knaben, sahen; es handelte sich um eine isolierte, regelmäfsig ovale, trockene Plaque mit leicht erhabenen, glatten, etwas schuppigen Rändern. Eine ähnliche Eruption fanden wir bei einem zehnjährigen Mädchen im Gesicht, in der Nähe des Jochbogens. Die Affektion ging dann auf die behaarte Schläfengegend derselben Seite über, so dafs bereits im Beginne ihrer Entwickelung das typische Bild der paladoïden Trichophytie entstand, womit wir dieselben violett-roten Kulturen erhielten, wie in einem anderen Falle von Trichophytie der Nägel, die sich über die meisten Finger ausgedehnt hatte. Ein fernerer Fall von Nägeltrichophytie (23jähriger Mann) lieferte ganz

dieselben Kulturen; hier handelte es sich neben einer schweren und weitverbreiteten Affektion der Nägel um breite, schuppig-erythematöse Trichophytie-Plaques des Handrückens, sowie um eine Trichophytie des Bartes, welche zunächst nur die Epidermis befallen hatte, dann aber auch auf die Haare überging, wobei die Kulturen aus Nägelfragmenten gewonnen wurden. Zu demselben Resultate gelangten wir endlich bei einem 22- und einem 48jährigen Manne mit Sykosis des Bartes; beim ersteren zeigte die Affektion eine ekzematös-impetiginöse Form mit einzelnen Sykosisknötchen; der zweite zeigte in der Mitte der linken Wange eine isolierte, fünffrankenstückgroſse, etwas erhabene Plaque nach Art der vereiterten Follikulitiden mit tiefgehender Infiltration.

Wir sehen demnach, daſs eine violett-rote Trichophytonspezies die verschiedensten klinischen Formen der Trichophytie erzeugen kann:

1. den alopeciaähnlichen Herpes tonsurans, der in Parma bei Kindern in jedem Alter sehr häufig ist und welchen Sabouraud mit seinem Trichophyton endothrix (wenig resistentes Mycelium, zugespitzte Kulturen) in Zusammenhang bringt;

2. Die circinäre Trichophytie der Epidermis, mit und ohne Übergreifen auf die Haare;

3. die Trichophytie der Nägel;

4. die Trichophytie des Bartes (Trichophytia pilaris) mit verschiedenen Intensitätsgraden, bis zum typischen Bilde der Sykosis und Folliculitis agminata.

Auf Grund der erwähnten Thatsachen können wir die Ansicht Sabourauds über die strikten Beziehungen zwischen einer bestimmten Pilzspezies und einer genau entsprechenden klinischen Form nicht voll und ganz teilen.

Ein zweiter streitiger Punkt bezieht sich auf die von Sabouraud vorgenommene Trennung zweier verschiedener Trichophytontypen, von denen der eine menschlicher, der andere tierischer Abkunft sein soll, ferner auf die genauen Beziehungen, die dieser Autor findet zwischen der Abstammung des Trichophytons und seiner Lokalisation im menschlichen Haare.

Nach Sabouraud liefert, wie bereits gesagt, die mikroskopische Untersuchung der kranken Haare ein sicheres Mittel zur Erkennung des Grundtypus, dem ein Trichophyton angehört, und gerade der Nachweis der Richtigkeit dieses Prinzips war es, der mich zu meinen Untersuchungen angetrieben. Ich fragte mich, ob denn wirklich ein Unterschied zwischen dem Trichophyton endothrix und dem Trichophyton ectothrix im Sinne von Sabouraud bestehe, ob ersterer stets vom Menschen, letzterer immer vom Tiere herrühre.

Will man, nach Sabouraud, mit Hülfe der mikroskopischen Unter-

suchung die charakteristischen Merkmale eines Trichophytons auffinden, so mufs man es nicht in den Epidermisschuppen oder in der Nagelsubstanz suchen, sondern im kranken Haare. Denn „alle Haare desselben Kopfes", so sagt er auf Seite 64 seiner Arbeit, „sind mehr oder weniger vollständig von der Pilzvegetation ergriffen; dieser Pilz zeigt dann aber überall genau dieselbe Form". Seite 89 sagt er ferner von dem Trichophyton ectothrix ebenfalls, dafs sie sich in allen Haaren desselben Kopfes genau gleich sehen, und Seite 77, dafs das Gesetz, wonach alle kranken Haare auf einem und demselben Kopfe den gleichen Pilz aufweisen, absolut und unabänderlich wahr sei.

Wenn ich nun den Gedankengang des Autors richtig verstehe, so glaube ich, dafs das Gesetz in dieser Fassung viel zu kategorisch ist, und erlaube ich mir darüber einige Bemerkungen.

In allen meinen Fällen von Trichophytie der Kopfhaut habe ich immer Haare gefunden, in denen der Pilz ausschliefslich innerhalb der Cuticula enthalten war, in Gestalt von Myriaden kleiner rosenkranzartig in der Richtung der Haarachse angeordneter, an der Bruchstelle des Haares frei schwebender Sporen: ein Bild, welches von SABOURAUD als charakteristisch angesehen wird für sein Trichophyton endothrix mit wenig resistenten Mycelien. Andererseits ist es mir aber auch, und zwar ausschliefslich in den Fällen mit violett-roten Kulturen, vorgekommen, neben dieser streng endothrichalen Lokalisation des Pilzes in Haaren, welche alle von derselben Kopfhaut stammten, eine ganz andere Lokalisation und ein anderes morphologisches Aussehen zu finden, indem das Trichophyton nicht allein das Innere des Haares ausfüllte, sondern dessen Rinde durchsetzte und sich zwischen Haar- und Wurzelscheide ausbreitete. Man sah dann aufser den Ketten gewöhnlicher sphärischer und sehr regelmäfsiger Sporen mehr oder weniger lange, einfache oder verzweigte Mycelfäden, welche in unregelmäfsen Zwischenräumen Sporen aufwiesen und mit Ketten verschieden geformter und verschieden grofser Sporen abwechselten.

Es mufste sich also um ein besonderes Trichophyton handeln, das sich in Bezug auf die Gröfse seiner Elemente und deren Lokalisation, bald als endothrix, bald als ecthotrix verhielt.

Der Satz SABOURAUDS, betreffend die vollkommene morphologische Übereinstimmung der Pilze in allen Haaren von demselben Kopfe, hat also nicht absolute Gültigkeit und kann also für sich allein zur Diagnose nicht verwertet werden. Ich glaube deshalb, dafs eine scharfe Scheidung der Trichophytiepilze in endothrix und ectothrix nicht zulässig ist, indem jenes Trichophyton mit violetroten Kulturen weder endothrix noch ectothrix ist, oder dann beides zusammen. Übrigens giebt SABOURAUD selbst zu, dafs zwischen einem Trichophyton mit resistentem Mycelium, welches

sozusagen einzig scharf endotrichal ist und einem Trichophyton mit weifsen Kulturen (vom Pferde), das beinahe ausschliefslich als ectothrix vorkommt, eine Reihe anderer existieren, die gleichzeitig endo- und ectothrix sind.

Gestützt auf unsere Untersuchungen, glauben wir dieser Meinung beistimmen zu können. Wir nehmen auch die Bezeichnung Trichophyton endothrix an, und zwar für diejenigen Pilze, die immer und ausschliefslich endothrix sind, und Trichophytie ectothrix für alle anderen. Da sich aber dasselbe violettrote Trichophyton bald ausschliefslich als endothrix, bald als endo- und ectothrix gleichzeitig präsentirt, so behaupten wir, dafs die mikroskopische Untersuchung dieses Pilzes zu Irrtümern führen kann, wenn er in einer Reihe von Präparaten ausschliefslich im Innern des Haares, resp. innerhalb der Rinde angetroffen wird.[2]

Wir kommen zu den Beziehungen der beiden Trichophytontypen, zu ihrer Abstammung. Die Untersuchungen in diesem Sinne sind mit bedeutenden Schwierigkeiten verbunden, und SABOURAUD ist es nur in der Minderzahl der Fälle gelungen, positive Resultate zu erzielen. Für die violettrote Art, die in Paris so selten ist, hält er einen tierischen Ursprung für wahrscheinlich; einen strikten Beweis dafür hat er bisher noch nicht gefunden, ebensowenig wie wir selbst. Wir haben den Pilz bei Stadt- und Landbewohnern, bei Reichen und Armen, meist aber bei Kindern, welche die öffentlichen Schulen Parmas besuchen, zuweilen in kleinen Epidemien, beobachtet. Wir haben konstatiert, dafs er sehr ansteckend ist, sich auf dem Haarboden, im Barte, den Nägeln und den haarlosen Körpergegenden gleichsam einwurzelt und dort die hartnäckigsten und der Therapie am meisten trotzenden Trichophytien veranlafst. Nur in einem Falle (Trichophytie des Bartes) haben wir mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit annehmen können, dafs die Ansteckung von einer jungen Stute herstammte.

Vorläufig fehlen uns also die Beweise zur Annahme einer tierischen Abstammung dieses Trichophytons, und die vorliegenden positiven Momente (Ausbreitung, Ansteckung, Hartnäckigkeit der Affektion beim Menschen) lassen blofs die Annahme zu, dafs es sich um ein Trichophyton handelt, das auf dem Menschen gut gedeiht, wie wenn es eine ihm eigene Art wäre.

Allerdings hat einer unserer Patienten gemeint, er hätte sich an einer

---

[2] Bei dieser Gelegenheit wollen wir einer Thatsache Erwähnung thun, die bei künftigen Untersuchungen ihre Verwertung finden und die Ansicht von Herrn SABOURAUD in diesem Punkte etwas umstimmen dürfte. Wir haben nämlich ein violetrotes Trichophyton mit im Zentrum zugespitzten Kulturen und wenig resistentem Mycelium gefunden, das zum Typus des ectothrix im Sinne SABOURAUDS gehört, und zwar bei einer alopeciaartigen Trichophytie des Kopfes, als deren Pilz er das Trichophyton endothrix mit zugespitzten Kulturen und wenig resistentem Mycel betrachtet.

Stute infiziert. Vorausgesetzt aber, die Thatsache wäre richtig, so würde sie doch nicht den Schluſs erlauben, daſs das Trichophyton wirklich vom Pferde abstamme, sondern bloſs, daſs dasselbe ebensogut auf dem Pferde wie auf dem Menschen zu vegetieren vermöge. Jedenfalls können die Resultate unserer Untersuchungen nicht zur Stütze der Ansicht Sabourauds verwertet werden, welche für das Trichophyton ectothrix eine tierische Abstammung annimmt.

* * *

So ungewiſs wir sind in betreff des Ursprungs dieses Trichophytons, so wenig wissen wir auch über die Ätiologie der Trichophytien des Bartes, die uns nun noch beschäftigen sollen. Dieselben scheidet Sabouraud bekanntlich in zwei Kategorien, nämlich in solche, wo nur die Epidermis und in solche, wo gleichzeitig auch die Haare befallen sind. Nur die letzteren betrachtet er als spezielle oder piläre Trichophytien des Bartes. Bei den ersteren findet er stets ein Trichophyton menschlicher, bei letzteren ein solches tierischer Herkunft. Seite 184 seiner Arbeit sagt er: „Bei den epidermidalen Trichophytien des Kinns und der Wangen, sowie bei denjenigen der Augenbrauengegend handelt es sich um eine circinäre Trichophytie (der haarlosen Regionen), die zufällig eine behaarte Körpergegend zum Sitz hat.“ Die Kulturen ergeben auch in beiden Fällen eine rein menschliche Spezies (endothrix). „Jedesmal, wenn es sich um rein epidermidale Trichophytie des Bartes handelte, war es eine dem Menschen eigene Art, welche die Affektion erzeugt hatte.“

Ich führe diese Stelle aus der Arbeit Sabourauds wörtlich an, weil vielleicht der Leser leicht annehmen könnte, jede circinäre Trichophytie der haarlosen Körperstellen sei für den Autor eine dem Menschen eigene Trichophytie, und daſs es eine Eigenschaft derselben sei, die Epidermis der haarlosen Regionen zu befallen. Davon ist aber gerade das Gegenteil der Fall, indem er an einer Stelle, anläſslich der accessorischen Trichophytien, welche sekundär im Verlaufe einer Trichophytie der Kopfhaut bei dem Patienten selbst, oder einer Person seiner Umgebung entstanden ist, sagt: „Scheidet man aus der Gesamtheit der Trichophytien der haarlosen Haut alle diejenigen aus, für welche man leicht eine direkte Abkunft von einer ursprünglichen Trichophytie der Kopfhaut finden kann, so wird man auffallenderweise sehen, daſs alle Trichophytien der haarlosen Haut, welche sich auſserhalb des Rahmens der ersten Gruppe befinden, Kulturen tierischer Trichophytien geliefert haben. Es kommt allerdings vor, daſs man hie und da in einem Falle von Trichophytie der haarlosen Regionen beim Erwachsenen ein Trichophyton findet, das man sonst nur beim Kinde findet; dies ist aber nur ausnahmsweise der Fall. Man beachte deshalb auch, daſs:

1. das Trichophyton endothrix (menschlicher Abstammung) nur auf einen sehr beschränkten Kreis in der Umgebung des an Herpes tonsurans leidenden Kindes ansteckend wirkt.

2. beinahe alle Trichophytien der haarlosen Gegenden (mit Ausnahme der accessorischen Infektionen der Trichophytiepatienten) auf Infektion mit tierischen Trichophytiepilzen zurückzuführen sind.

Danach muſs also, im Gegensatze zu der früher verbreiteten Ansicht, als Regel aufgestellt werden, daſs ein epidermales Trichophyton stets menschlicher Herkunft ist, wenn es sich um eine Affektion handelt, die ausschlieſslich in den behaarten Partien des Gesichts lokalisiert ist, ohne daſs aber die Haare selbst mitaffiziert sind. Um diesen scheinbaren Widerspruch verstehen zu können, müssen wir a priori annehmen, daſs, wenn die epidermalen Trichophytien menschlicher Abstammung nur ausnahmsweise vorkommen, dies auch für die nicht-pilären Trichophytien des Bartes der Fall sein muſs. Ob sich dies wirklich so verhält, wollen wir nun untersuchen.

Da bekenne ich nun, daſs ich ganz anderer Ansicht sein müſste, wenn ich mich auf meine klinischen Erinnerungen stützen wollte, die aus einer früheren Zeit stammen; ich gebe aber andererseits gern zu, daſs dieselben kaum groſsen Wert beanspruchen dürften, weil man zu jener Zeit die Bedeutung einer genauen Unterscheidung der pilären und nicht-pilären Trichophytien des Bartes nicht erkannte. Ich füge aber gleich hinzu, daſs ich im Verlaufe dieses Jahres dreimal in den Fall kam, Patienten mit rein epidermaler Trichophytie des Bartes zu behandeln, während in den acht anderen Fällen gleichzeitig auch die Haare befallen waren; diese Thatsache würde also nicht gerade für eine auſserordentliche Seltenheit der ersteren Form sprechen. Da ich aber von jenen drei Fällen noch keine Kulturen angelegt habe, so halte ich es für geratener, mich vorläufig mit dieser Mitteilung zu begnügen; weitere Untersuchungen sollen dann zeigen, ob diese rein epidermale Trichophytie des Bartes wirklich selten ist und immer von Pilzen verursacht wird, die vom Menschen herstammen.

Die genannten acht Fälle von pilärer Trichophytie des Bartes haben nun drei verschiedene Arten von Pilzen geliefert:

1. das bereits erwähnte Trichophyton mit rosaroten Kulturen;

2. ein Trichophyton mit gelben, rissigen, wurmförmigen Kulturen (Sabouraud);

3. das violett-rote Trichophyton, das wir bei den Trichophytien der Kopfhaut, in den Nägeln und auf der unbehaarten Haut gefunden haben.

Die erste Art (rosarote Kulturen) entspricht genau derjenigen, welche Sabouraud in drei Fällen von trockener Trichophytia pilaris des Bartes gesehen hat und die er für identisch erklärte mit der von Mégnin und

Duclaux bereits kultivierten, von einer Trichophytie des Hahns stammenden Art.

Wir selbst haben eine Pilzart bei einem jungen Studenten aus der Provinz Cremona beobachtet, so dafs also ein einziger, nicht aus der Provinz Parma kommender Patient uns von den anderen verschiedene Kulturen lieferte. Derselbe war schon behandelt worden, ehe wir ihn sahen; trotzdem aber konnten wir die ektotrichale Natur des Pilzes in einigen Haaren konstatieren. Die Affektion war nicht schwer, wenig ausgebreitet und von trockener Form. Über den Ursprung derselben konnten wir nichts erfahren.

Die zweite Art (gelbe, rissige, wurmförmige Kulturen) entspricht derjenigen, welche Sabouraud beschrieben und benannt hat und welche er während einer Epidemie unter den Pferden in der Garnison von Orléans beobachtete.

Diese genaue Übereinstimmung wurde übrigens durch das botanische Verhalten des Pilzes noch bekräftigt, indem diese Art die einzige ist, welche Spuren von Perithecien aufweisen; dazu kommt noch seine Verbreitung aufserhalb der Cuticula (ectothrix).

Wir haben sie bei vier leichteren Formen von Trichophytia pilaris ohne Sykosisknötchen konstatiert, und zwar einmal unter der klinischen Gestalt eines Herpes circinatus. Auch hier fehlten uns alle Anhaltspunkte bezüglich des Ursprungs.

Was die dritte, die violett-rote Spezies anbelangt, so haben wir sie eigentlich in drei Fällen beobachtet, indem der Träger einer Nageltrichophytie gleichzeitig von Trichophytie des Bartes befallen war. Es gelang uns jedoch nur in zwei Fällen Kulturen von den Barthaaren zu gewinnen, nämlich bei zwei Patienten vom Lande mit Sykosis, von denen einer seine Affektion auf eine Infektion von einem jungen Pferde zurückführte.

Wir stellen die Resultate unserer Kulturen in folgender Tafel zusammen:

Tineae tonsurantes	18	3 endothrix mit gelblich-weifsen, zugespitzten Kulturen.
Trichophytie der Nägel	1	15 } 20 violett-rote Kulturen.
Trichophytia circinata der unbehaarten Haut	2	2 }
Trichophytie des Bartes	7	4 gelbe, rissige, wurmförmige Kulturen (craquelée, vermiculaire).
		1 rosarote (aviaria, nach Sabouraud); ectothrix.
Total	28	

Hieraus geht hervor: 1. dafs die beiden, in Paris sehr gewöhnlichen Formen, das Trichophyton endothrix mit resistentem Mycelium und kraterförmigen Kulturen, sowie andererseits das Trichophyton ectothrix mit weifsen Kulturen (vom Pferde) in der Provinz Parma bisher nicht beobachtet wurden; 2. dafs hierzulande die violett-rote Art, die in Paris sehr selten ist, am häufigsten vorkommt; 3. dafs dieses Trichophyton Herpes tonsurans, Trichophytie der Nägel und Sykosis erzeugen kann. Dieser letztere Punkt ist für uns von gröfster Bedeutung, weil diese Pilzform zum ersten Male im Nagel und bei der Trichophytia pilaris des Bartes gefunden wurde.

Für den tierischen Ursprung dieses Trichophytons spricht vorläufig nur seine ektotrichale Lokalisation und allenfalls seine Beziehungen zu den pilären Trichophytien des Bartes, wenn man sich nämlich der Ansicht Sabourauds anschliefst. Auf diese Art von Argumentation dürfen wir uns jedoch nicht stützen, und zwar besonders deshalb nicht, da man uns leicht entgegenhalten könnte, dafs wir dieses violett-rote Trichophyton gerade meist bei Kindern (Trichophytie des Kopfes) angetroffen haben, d. h. bei einer Form von Trichophytie, welche in Paris öfters durch Pilze menschlicher Herkunft verursacht wird.

Wir müssen also hier stehen bleiben, und erst späteren Untersuchungen bleibt es vorbehalten, nachzuweisen, ob diese neue Trichophytonspezies, welche die Trichophytia pilaris des Bartes erzeugen kann, wirklich eine vom Tiere herstammende Art ist, wie es Sabouraud als allgemeines Gesetz für diese Trichophytieformen aufgestellt hat.

Vorläufig genügt es uns, durch unsere Untersuchungen die Richtigkeit der Lehre von der Pluralität der Trichophytonpilze dargethan und auf einige Schwierigkeiten hingewiesen zu haben, welche noch zu beseitigen sind. Das soll auch unsere Aufgabe sein, indem wir dabei auf die Unterstützung unserer ausländischen Kollegen hoffen.

(Übersetzt von C. Müller - Bern.)

Aus der Praxis.

Über Nikotianaseife.

Von

Dr. P. Tahnzer - Bremen.

Deutschland exportiert alljährlich ungeheure Quantitäten von Tabakslauge nach Argentinien, wo dieselbe zum Waschen der von der Räude

befallenen Schafe Verwendung findet. Die kranken Tiere werden mehrere Male hintereinander mit der verdünnten Lauge gewaschen und sollen dann definitiv von der Räude befreit sein. Argentinien hat, da die Schafwolle einer der Hauptexportartikel ist, eine aufserordentlich grofse Schafzucht. Die Räude soll unter den Schafen sehr verbreitet sein, und als das wirksamste und billigste Mittel hat sich die Tabakslauge erwiesen.

In Erwägung dieser Thatsachen versuchte der Apotheker Mentzel in Bremen eine mit Tabakslauge versetzte Seife zu konstruieren, die in analoger Weise bei parasitären Hautkrankheiten der Menschen angewandt werden sollte. Durch Auslaugen von Tabaksstengeln und -abfällen wurde ein Tabaksextrakt erzielt, dessen Gehalt an Nikotin zwischen 7—9% schwankt, meist sind es nur 7%. Von diesem Extrakt wird der Seifenmasse so viel zugesetzt, dafs die fertige Seife 10% Tabaksextrakt enthält, also ca. 0,7% Nikotin. Das Stück Seife wiegt 60 g, enthält also in der Regel 0,42 g Nikotin. Die Seife hat eine schwarzbraune Farbe und einen schwachen Geruch nach Bergamottöl.

Das Anwendungsgebiet der Seife ist kein unbeschränktes; in erster Linie ist sie indiziert bei den parasitären Hautkrankheiten, und unter diesen wieder bei den durch tierische Parasiten hervorgerufenen. Eine einfachere Behandlung, z. B. der Scabies, als diejenige mit der Nikotianaseife ist wohl kaum erreichbar. Der Kranke wäscht sich früh und abends mit der Nikotianaseife den ganzen Körper vom Halse abwärts bis zu den Zehen, wobei die Prädilektionsstellen der Scabies ganz besonders bedacht werden müssen. Die ersten Tage läfst man den Schaum eintrocknen, später spült man denselben wieder ab, namentlich, wenn die Haut anfängt, empfindlich zu werden. Schliefslich wäscht man nur noch einmal täglich, um dann, wenn das Jucken verschwunden, ganz damit zu sistieren. Diese Krätzebehandlung erfordert nicht mehr Mühe, als Salben- oder Balsameinreibungen; die Dauer derselben ist die gleiche, dagegen sind die Kosten erheblich geringere, da das Stück Seife nur 60 Pf., Perubalsam dagegen ca. 1.50 Mk. und Salben noch höher im Preise zu stehen kommen. Weitere Kosten werden erspart dadurch, dafs die Seife die Leib- und Bettwäsche nicht beschmutzt, die Behandlung also im Hause des Patienten[1] vorgenommen werden kann, eine Behandlung im Krankenhause daher überflüssig erscheinen läfst. Die Geruchlosigkeit der Seife trägt zur ambulatorischen Behandlung natürlich nicht wenig bei. Aufserdem erleidet der Kranke keine Unterbrechung seines Berufes, wie sie eine Behandlung im Krankenhause oder eine Schmierkur mit stark riechenden Medikamenten (Perubalsam, Teer etc.) selbstverständlich im Gefolge haben.

[1] Es handelt sich hier natürlich nur um solche Kranke, welche die Kur zu Hause auch gewissenhaft durchführen.

Ebenso einfach, wie die Behandlung der Krätze, ist diejenige der durch pflanzliche Parasiten hervorgerufenen Hautkrankheiten. Trichophytie und Favus habe ich in der letzten Zeit leider nicht zu behandeln gehabt, da dieselbe hierorts überhaupt selten vorkommen. Dagegen habe ich mehrere Fälle von Pityriasis versicolor und parasitären Ekzemen mit sehr erfreulichem Erfolge auf diese Weise behandelt, so dafs ich diese Behandlung nur empfehlen kann. Ausgenommen von derselben sind alle nässenden Ekzeme und die pustulösen Affektionen.

Nicht unerwähnt will ich lassen die fast augenblicklich eintretende juckstillende Wirkung der Nikotianaseife, welche von fast allen mit derselben behandelten Kranken lobend hervorgehoben wurde. Dies war auch die Veranlassung, weshalb ich in letzter Zeit dies Präparat nicht nur bei parasitären, sondern auch bei stark juckenden nervösen Affektionen anwandte. Auch hier erzielte ich gute Erfolge, meist allerdings keine anhaltenden. Allmählich scheint sich nämlich die Haut an das Nikotin zu gewöhnen, und die juckstillende Wirkung wird schwächer. Jedoch machten hiervon ein Fall von Pruritus senilis und ein Fall von nervösem Jucken bei einem 35jährigen Manne, dessen Haut absolut keine Erscheinungen zeigte, eine Ausnahme, indem beide Kranke dauernd von dem lästigen Jucken befreit wurden.

Unangenehme Nebenwirkungen habe ich in keinem Falle beobachtet; doch hörte ich neulich von dritter Seite, dafs bei Kindern Vorsicht in der Anwendung von Nikotinseife geboten sei, weil ein damit behandeltes Kind von Erbrechen mit Pulsveränderung befallen worden sei. Ich selbst habe keine Kinder dieser Behandlungsmethode unterzogen, mufs also späteren Nachuntersuchern die Prüfung der Seife bei Kindern überlassen. Jedenfalls hat es sich in dem erwähnten Falle um eine Idiosynkrasie gegen Nikotin gehandelt, die ja bei Kindern sehr erklärlich scheint. Idiosynkrasien sind ja aber auch bei den unschuldigsten, aber doch nicht entbehrlichen, Medikamenten beobachtet worden; deshalb wird man nicht sofort das betreffende Mittel verdammen, sondern nur Vorsicht in seiner Anwendung üben.

So glaube ich denn, in der Nikotianaseife[2] den Herren Kollegen ein Präparat empfehlen zu können, das wegen seiner Billigkeit, seiner sauberen Anwendungsweise besonders geeignet erscheint, teure und stark riechende Medikamente aus der Behandlung der parasitären Krankheiten zu verdrängen. Für Krankenkassen und Lazarethe wird es in Zukunft sicher unentbehrlich sein. Auch in verschiedenen Krankenhäusern soll es sich schon das Bürgerrecht erworben haben.

[2] Zu haben in der Wilhadi-Apotheke, Bremen, Nordstrafse 55.

Versammlungen.

Festsitzung der Berliner dermatologischen Vereinigung zu Ehren des Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. G. Lewin bei dessen fünfzigjährigem Doktorjubiläum am 12. November 1895.

(Originalbericht von L. Hoffmann.)

Herr Lassar eröffnete die Sitzung mit einer Ansprache an den Jubilar. Er schilderte darin zunächst Lewins rastlosen Eifer in der wissenschaftlichen Arbeit, der mit zunehmendem Alter erstaunlich immer noch gewachsen sei. Daran schloſs sich eine kurze Untersuchung über Lewins Eigenart, wissenschaftliche Fragen zu behandeln, und eine Charakteristik seiner hervorragendsten Leistungen. Hervorstechend sei an ihm eine seltene Vielseitigkeit und nicht gewöhnliche Begabung. Was er als Lehrer gewirkt, davon gebe die groſse Zahl seiner über die ganze Kulturwelt verstreuten Schüler Zeugnis. Nicht geringer sei anzuschlagen, was Lewin für die öffentliche Gesundheitspflege gethan. Sein praktisches Schaffen sei zu einem wesentlichen Teile ein steter und erfolgreicher Kampf gegen eine der verheerenden Volksseuchen. Hierauf überreichte Herr Rosenthal dem Jubilar eine von ihm gemeinsam mit Herrn Heller redigierte Festschrift, welche eine Sammlung von Abhandlungen zur Lehre von den Krankheiten der Haut enthält. In der Ansprache hob Rosenthal hervor, daſs unter den 21 Mitarbeitern der Festschrift bis auf zwei (einem Pariser und Unna) Berliner Gelehrte seien. Man habe sich diese Beschränkung auferlegt, um in der Festschrift zum Ausdrucke zu bringen, daſs es jetzt auch eine Berliner Dermatologenschule gebe, neben den älteren, der Wiener und Pariser. Sonst wäre die Sammlung bei der groſsen Zahl der Freunde und Schüler des Jubilars, viel umfangreicher geworden.

Herr Rudolph Virchow: **Zur Geschichte der Lues.** Virchow schickte seinem Festvortrage eine kurze Begrüſsung an den Jubilar voraus. Er sei einer der wenigen, die Lewins Schaffen von seinen ersten Anfängen an genau aus eigener Beobachtung kennen. Er habe Lewin im Laufe der Jahre, je häufiger er ihm litterarische Zeugnisse eifriger Arbeiten überbracht, immer mehr und mehr schätzen gelernt. Dem jüngeren Geschlechte sollte Lewin als ein treffliches Vorbild dienen. Er habe gezeigt, daſs eine umfangreiche praktische Thätigkeit und wissenschaftliche Forschung Hand in Hand gehen können. Eines habe er stets an Lewin besonders geschätzt: seine ungewöhnliche Litteraturkenntnis. Indem Lewin das ganze einschlägige litterarische Material über einen Gegenstand überblickte, kam er mehrfach dazu, auf Grund dessen wichtige Schlüsse zu ziehen.

Zu dem eigentlichen Thema übergehend, bemerkt Virchow, daſs in Amerika eine Leidenschaft aufgetaucht sei, der präkolumbianischen Syphilis nachzuforschen. Die Gründe dafür sind allmählich verstärkt worden, und zwar hat man die alten Thonfiguren in Betracht gezogen, indem man behauptet, daſs die in älteren Gräbern gefundenen Bilder von Thongefäſsen Erscheinungen zeigen, die entweder für Lepra oder Syphilis sprechen. Die Chronologie scheint aber drüben zu fehlen, da es nicht klar und durch nichts bewiesen ist, daſs diese Gräber schon vor Kolumbus existierten. Sodann will man auch auffällige Bildungen von Mumien und ganz besonders an Knochen gefunden haben, die teils für Lepra, teils für Syphilis sprechen sollen.

Die Knochen erhalten sich nämlich recht lange, und an diesen hat man aus der prähistorischen Zeit Veränderungen gefunden, die für Syphilis sprechen. Solche

Gräber sind besonders in Tenessee und Kentucky aufgefunden worden. Virchow meint nun, dafs ein hauptsächliches Moment dabei fehlt, nämlich die exakte Beschreibung. Es können ja Verdickungen, Verhärtungen etc. an den Knochen vorhanden sein, ohne dafs man daraus den direkten Schlufs ziehen könnte, dafs es sich wirklich um Syphilis handle. Ebenso, wie bei den Höhlenbären, bei denen Exostosen etc. gefunden worden sind, und bei denen es sich um Arthritis deformans handelt, da diese doch keine spezifische Infektion gehabt haben, die Knochenveränderungen keine syphilitischen sind, ebenso mufs man annehmen, dafs auch an den Menschenknochen die Veränderungen anderer Natur sind. Aber es giebt Schädel, bei denen neben Erosionen Exostosen etc. gefunden sind. So hat er einen Schädel aus einer Höhle von Portorico untersucht, wobei er aber fand, dafs in der Schädelmasse sich erdige Bestandteile befanden, nach deren Entfernung er erdige Würmer und deren Eier konstatieren konnte, so dafs er annehmen mufs, dafs die Veränderungen am Schädel postmortale waren. Andere Schädel zeigen wirklich Hyperostosen; doch ist er der Ansicht, dafs nur die Erscheinungen, die die Caries sicca macht, für Syphilis sprechen. Er kennt keine andere Krankheit, die solche Veränderungen macht, als die Syphilis, nur die Phosphornekrose ist der Knochensyphilis ähnlich. Hierzu demonstriert Virchow eine grofse Anzahl von solchen Knochenveränderungen.

Herr Leyden: **Die inneren Metastasen der Blennorrhoe.** Die Syphilis hat bekanntlich viele Beziehungen zur inneren Medizin, aber auch die Blennorrhoe erzeugt Metastasen, die den inneren Kliniker beschäftigen können. So sind die blennorrhoischen Metastasen auf die Gelenke schon lange bekannt. Der Nachweis des Zusammenhanges hat auf grofse Schwierigkeiten gestofsen, denn der exakte Beweis war schwer zu führen. Früher stützte man sich nur auf Beobachtungen; daher kam es, dafs noch 1886 von einzelnen Forschern der Tripperrheumatismus geleugnet wurde. Man hielt die Erkrankung des Gelenkes für eine Zufälligkeit oder für eine rheumatische Diathese. Die Beweise liefsen sich so lange nicht führen, bis der Nachweis eines Zusammenhanges geliefert wurde. Jetzt wissen wir, dafs es eine Infektionskrankheit ist, und es ist nur nachzuweisen, dafs der Träger der Blennorrhoe, nämlich der Gonococcus, die Ursache des Leidens ist. Der Nachweis des Gonococcus in anderen Organen ist aber sehr schwierig. Wohl hat man ihn in der Blase (bei der Cystitis ex blennorrhoea), bei Frauen im Para- und Perimetrium gefunden, auch bei der Pyelitis ist er nachgewiesen, doch in den Gelenken soll er bis jetzt noch nicht mit Sicherheit konstatiert sein. Zwar hat man in drei bis vier Fällen Kokken gefunden, die dem Gonococcus an Form gleichen, doch gehört zur völligen Beweisführung, dafs dieselben nicht allein der Form gleichen, sondern dafs sie auch in der Färbung und Züchtung übereinstimmen. Jedenfalls kann man annehmen, dafs der Gonococcus wandern kann, und dafs deshalb ohne Zusammenhang an verschiedenen Stellen Erscheinungen auftreten können, die vom Gonococcus herrühren. Er kann in die Cirkulation gelangen und sich an einer anderen Stelle weiterentwickeln. Aufser den Metastasen in den Gelenken hat man schon früher Spinalerkrankungen beobachtet, die von der Blennorrhoe herrühren sollten. Diese Form der Metastasen haben die Franzosen besonders bearbeitet; ein Fall ist auch von einem Engländer veröffentlicht, und auch in Deutschland sind mehrere Fälle beobachtet. So wurden schon im Jahre 1833 Fälle veröffentlicht, wo nach einer Cystitis Myelitis und Myelomeningitis eingetreten war, welche Fälle man aber damals für Reflexlähmungen hielt. Leyden selbst hat mehrere solcher Fälle beobachtet und veröffentlicht. Wenngleich er weder in der Pia, noch im Rückenmark Gonokokken nachweisen konnte, so hatte er dennoch von der alten Theorie der Reflexe Abstand genommen und glaubte, dafs es sich um Metastasen handelte, die von der Blase ausgegangen sind. Barrier hat die Flüssigkeit aus dem

Sack der Dura untersucht und dem Gonococcus ähnliche Körper gefunden, doch stimmten diese weder in der Färbung, noch in der Züchtung mit dem Gonococcus überein. Der Autor nimmt an, dafs es sich um Sekundäraffektionen gehandelt habe, und erklärt dieselben für Metastasen.

Schliefslich ist noch eine dritte Art von Metastasen beobachtet worden, nämlich am Endocardium — die Endocarditis blennorrhoica. Der Vortragende hat schon im Jahre 1863 einen Fall gesehen, bei dem die Herzerscheinungen nicht bedeutende waren und der in Genesung überging. Im Jahre 1881 hat er dann zwei Fälle von akuter Endocarditis bei Blennorrhoe gesehen. In der neuesten Zeit hat er wiederholt solche Beobachtungen machen können, und 1893 konnten in einem Falle Gonokokken nachgewiesen werden, doch stimmten diese mit den Neisserschen Gonokokken in der Züchtung nicht überein. Allein alle anderen Kokken waren ausgeschlossen, und deshalb nahm er die darin gefundenen Diplokokken als Gonokokken an. Der Coccus befand sich in der Zelle. Die Form der Endocarditis ist die ulcerative.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 14. November 1895.

Vorsitzender: Herr E. Besnier.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Über das Hidrocystom. Herr Thibierge stellt eine Kranke vor, welche seit ungefähr 20 Jahren an Hidrocystom leidet. Die Affektion, welche von Robinson-New York diesen Namen erhielt und öfters mit der Dysidrosis verwechselt worden ist, zeichnet sich aus durch die Entwickelung kleiner harter, resistenter, mit fast loser Flüssigkeit erfüllter Cysten im Gesicht, besonders in der Umgebung der Augen; einige bilden eine halbkugelige Vorwölbung von bläulich-violetter Färbung, andere liegen in der Tiefe der Cutis und lassen sich besser durch das Gefühl, als durch das Gesicht wahrnehmen. Diese Affektion entsteht im Sommer, dauert viele Jahre hindurch, indem sie in der heifsen Jahreszeit nach reichlichem Schwitzen Exacerbation aufweist und im Winter wieder an Intensität abnimmt. Man beobachtet sie meist bei Frauen, die das 30. Jahr überschritten haben, doch auch bei Männern, und zwar bei fettleibigen, leicht schwitzenden Arthritikern, deren Nervensystem etwas gelitten hat. In anatomischer Hinsicht charakterisiert sich die Affektion in der Dilatation der Knäueldrüsengänge. Die Behandlung ist dieselbe, wie bei der Hyperidrosis überhaupt, wozu noch die Zerstörung der gröfseren Cysten mit dem Thermokauter kommt.

Ein Fall von Finnenkrankheit beim Menschen. Herr Darier stellt eine Frau vor, welche zerstreut auf Armen, Rumpf, Gesicht ca. 20 indolente, unter der sonst normalen Haut bewegliche, kleine Tumoren aufweist. Der erste derselben ist vor ca. 18 Jahren aufgetreten, die anderen nach und nach später. Die Patientin beherbergt eine Taenia solium. Die histologische Untersuchung ergab den Cysticercus cellulosae als Inhalt der Tumoren.

Doppelte sekundär-syphilitische Epididymitis. Herr Darier beobachtete bei einem seit vier Monaten syphilitischen Patienten in beiden Nebenhoden harte indolente Kerne ohne Erguls oder Neigung zu Abscefsbildung; Prostata frei; keine tuberkulöse Antecedentien. Wahrscheinlich handelt es sich um Lues, worüber die Therapie entscheiden dürfte. Solche sehr seltenen Fälle wurden besonders von Dor beschrieben.

Gumma der Vagina. Herr Fournier weist auf die grofse Seltenheit solcher Fälle hin, deren er nur wenige gesehen hat. Bei dieser Patientin sitzt das Gumma, in dessen ulceriertem Zentrum ungefähr eine Haselnufs Platz hat, 4 cm oberhalb der Urethra.

Hereditäre Syphilis in der letzten Generation. Herr GASTON stellt eine Grofsmutter mit Gumma syphiliticum vor, deren 25jährige Tochter hereditär syphilitisch ist; diese hat wieder ein dreijähriges Kind, das mit einer kongenitalen Amputation des linken Armes geboren ward, was auf die Wirkung der Syphilis auf drei Generationen hindeutet.

Herr FOURNIER sagt, dafs die Knochendeformationen, die Veränderungen an den Zähnen und alle jene unter der Bezeichnung syphilitischer Stigmata bekannte Störungen nicht syphilitischer Natur, sondern blofs syphilitischen Ursprungs sind. Sie können durch andere Infektionen verursacht sein und müssen bezüglich der syphilitischen Heredität als zur Gruppe der parasyphilitischen Läsionen gehörend betrachtet werden.

Pagetsche Krankheit. Herr DU CASTEL stellt einen typischen Fall vor.

Herr DARIER und WICKHAM betonen die Leichtigkeit der Diagnose, wenn man einmal einige Fälle dieser Affektion gesehen hat. Vergleicht man diese Leichtigkeit der Diagnosestellung mit der geringen Menge der in der Litteratur verzeichneten Fälle, so mufs diese Affektion als eine aufserordentlich seltene betrachtet werden.

Herr WICKHAM fügt bei, dafs, trotzdem zahlreiche Arbeiten über den Gegenstand diesen genau begrenzt haben, dennoch die klinischen Typen der Affektion noch wenig bekannt sind; dies erklärt auch, warum in gewissen Kliniken aufserhalb des St. Ludwig-Hospitals die Diagnose so leicht gestellt wird, während bei dem ungeheuren Material dieses Spitals jährlich kaum ein Fall beobachtet wird.

Über eine Ichthyose mit Hypertrophie und eine Sklerodermie vortäuschend, von Herren HALLOPEAU und JEANSELME. Dieselben kommen zu folgenden Schlüssen: Die Ichthyose kann von einer Entwickelungsstörung der Cutis begleitet sein, welche Sklerodermie vortäuscht; es kann zu solchen funktionellen Störungen kommen, dafs ein normales Schliefsen der Augenlider oder eine Bewegung der Fingerknochen unmöglich wird. Die Cutis ist in solchen Fällen anämisch, ihre Elastizität vermindert; gleichzeitig besteht eine ausgesprochene mangelhafte Entwickelung der unterliegenden Teile, besonders des Skeletts der Extremitäten, sowie der Ohrknorpel. Die Ursache dieser Veränderung ist höchstwahrscheinlich ein Stillstand in der Entwickelung des Skeletts und der Haut, welche zu deren Hypertrophie führt.

Herr BROCQ: Die Affektion dieser Patientin zeigt nicht ganz genau die Merkmale der Ichthyose. Ein analoger Fall wurde vor einigen Jahren von Herrn VIDAL vorgestellt mit der Diagnose: allgemeine Hyperepidermotrophie. Herr BESNIER zeigte damals die Neigung, den Fall dem Typus der Pityriasis rubra pilaris zu nähern. Seither habe ich zahlreiche analoge Fälle gesehen und glaube ich, dafs es sich um eine besondere Affektion handelt, die vorläufig noch nicht klassifiziert werden kann.

Herr THIBIERGE: Ich und später GIOVANNINI haben eine sehr ähnliche Affektion beschrieben und bin ich ebenfalls überzeugt, dafs es sich um einen besonderen noch nicht studierten Typus handelt.

Herr HALLOPEAU und Herr MACREZ empfehlen zur **Behandlung des Ulcus molle phagedaenicum** starke Lösungen von Eisenkaliumtartrat, das in kontinuierlicher Weise appliziert werden mufs. In den ersten Tagen ist die Procedur ziemlich schmerzhaft. Die Schmerzhaftigkeit kann dadurch etwas gemildert werden, indem vor jedem Wechsel der Kompresse das Ulcus mit reinem Alkohol behandelt wird. Nach einigen Tagen hören die Schmerzen ganz auf. Der „Phagedänismus" zeigt grofse Ähnlichkeit mit dem Hospitalbrand, der in gleicher Weise behandelt wird. Vielleicht liegt jener Komplikation ein spezifischer Parasit zu Grunde, der sich zum DUCREYschen Bacillus hinzugesellt. Die Substitution einer dichten und sehr membranösen Konkretion an

Stelle des anfänglichen breiartigen, eitervermischten Exsudates bedeutet bei der phagedänischen Umwandlung des Ulcus molle, sowie übrigens auch beim Hospitalbrand, eine Abnahme der infektiösen Kraft des pathogenen Agens.

Die Verallgemeinerung der Kalomelinjektionen. Herr Feulard konstatiert, dafs die Kalomelinjektionen bei Syphilis im Ausland eine sehr verbreitete, in Frankreich aber eine nur ganz beschränkte Anwendung finden und von denjenigen, welche von der Methode gesprochen haben, als eine solche hingestellt wurde, welche nur in Ausnahmefällen angewendet werden könne und mit vielen Schwierigkeiten verbunden sei. Die Erfahrungen, die ich nun selbst mit den Kalomelinjektionen gemacht habe, sind sehr günstige. Ich habe mich der Spritze von Strauss bedient, die ich insofern etwas modifiziert habe, dafs ich das untere Ende der Kolbenstange am Stempel mit einem Knopf aus Elfenbein versehen habe, so dafs nun nirgends mehr metallische Teile mit dem Quecksilber in Kontakt treten. Die Spitze läfst sich leicht durch Auskochen sterilisieren und reinigen. Die Nadeln sind aus iridiertem Platin gefertigt und 6 cm lang. Die gewöhnliche Einzeldose war 0,05 Kalomel, in 1 ccm sterilisiertem Öl suspendiert. Soweit möglich, mufs die Mischung, deren man am besten 2 ccm bereitet, mit grofser Sorgfalt kurze Zeit vor der Injektion frisch gemacht und in sterilisiertem Fläschchen aufbewahrt werden. Die Injektionen wurden stets in der oberen Glutealgegend gemacht, zwei oder drei Querfinger breit vor der Analfalte. Die Haut wird mit Sublimat gewaschen, die Nadel rot geglüht, die Spritze ausgekocht und, solange das Glas noch warm ist, mit der Mischung angefüllt, die Nadel mit sterilisiertem Öl behandelt und mit einem Stofse tief eingesteckt; ist man dann sicher, dafs kein Gefäfs angestochen worden, so wird die Spritze angesetzt und die Mischung langsam injiziert; dann werden Nadel und Spritze rasch ausgezogen, die Stichöffnung mit Emplastrum de Vigo oder rubrum verklebt. Massage mache ich keine.

Nach auf diese Weise ausgeführten Injektionen habe ich niemals üble Zufälle gesehen, keine Stomatitis, keine allgemeine Reaktion; leider aber sind sie etwas schmerzhaft, was nicht vermieden werden kann. Die Schmerzen treten nicht sofort, sondern erst vom dritten Tage an auf, dauern bis zum fünften oder sechsten und nehmen dann bis zum vollständigen Verschwinden ab. Die Patienten vergleichen sie mit einem heftigen Schlag oder mit einem Sturz auf die Gegend; keiner hat seine gewohnte Beschäftigung unterbrechen müssen, so dafs die Behandlung wirklich eine ambulatorische ist. Die Infiltrationsknoten, von denen so oft gesprochen wird, haben sich nur sehr selten gezeigt und waren unbedeutend, so dafs nach zehn Tagen jede Spur der Injektion verschwunden war. Zwischen zwei Injektionen habe ich stets einen Zwischenraum von mindestens zehn Tagen eingeschaltet und rechte und linke Seite alternieren lassen; links sind die Injektionen weniger schmerzhaft. Die Dauer der Kuren betrug im Maximum sechs Injektionen, meist nur vier. Die therapeutischen Resultate entsprachen meist den günstigen Mitteilungen über die Methode; sie waren in einigen Fällen ausgezeichnete, geradezu überraschende. Ich wollte also zeigen, dafs mit Anwendung einiger Vorsichtsmafsregeln die Methode sich sehr leicht und ohne Störung für die Patienten anwenden läfst und ausgezeichnete Resultate liefert.

Verschiedene Diskussionen über die Behandlung der Syphilis, von E. Besnier. In einem Fall von Syphilis, wo seit 15 Jahren Quecksilberpillen erfolglos geblieben waren, indem nach Aussetzen der Medikation die Krankheit wieder exacerbierte, erzielte ich wirklich wunderbare Resultate mit Oleum cinereum. Solche Beobachtungen zeigen deutlich, welcher Unterschied besteht zwischen der internen Medikation und den Injektionen.

Herr Wickham: Ich habe öfters nach anderen Beobachtungen und vergleichs-

weise bei demselben Kranken die Erfahrung gemacht, dafs in gewissen Fällen die Wirkung massiver Quecksilberinjektionen deutlich hervortrat. Doch giebt es Fälle, wo sie zu keinem Resultate führen. Ein Patient in der sekundären Periode einer Syphilis mittlerer Intensität wurde regelmäfsig mit Injektionen des löslichen benzoesauren Quecksilbers nach der Formel von Stoukowenkoff behandelt. Es wurde täglich eine doppelte Injektion gemacht; am 30. Tage brach eine schwere Augensyphilis aus mit Kondylomen auf der Iris mit Iritis. Nun wurde eine Injektion von 0,1 Kalomel gemacht; nach acht Tagen trat merkliche Besserung ein und nach dem zwölften fast vollständige Heilung. Man wollte eben eine weitere Injektion von 0,05 machen, der noch zwei oder drei hätten folgen sollen, als ein neuer Iritisanfall eintrat. Bei diesem Patienten war also der Erfolg mit Kalomel auch nicht von Dauer.

Herr Fournier: Man mufs hier eben nicht vergessen, dafs es wirklich Syphilisfälle giebt, gegen welche nichts zu machen ist.

Herr Mauriac: Ich möchte noch hinzufügen, dafs es Fälle giebt, die spontan, ohne Behandlung heilen und gutartig bleiben; dieselben sind es auch, die eine definitive Begutachtung über den Wert der empfohlenen therapeutischen Methoden schwierig erscheinen lassen.

Herr Fournier: Die Behandlung mit Injektionen ist, kurz zusammengefafst, ausgezeichnet, bildet aber ein ausnahmsweises Verfahren wegen der Übelstände, die damit verbunden sind. Sie soll nur in gewissen Fällen zur Anwendung kommen; so habe ich z. B. bei hartnäckigen spezifischen Mundaffektionen sehr schöne Erfolge damit gehabt. Was die Schmerzen und die Abscesse anbelangt, welche durch die Kalomelinjektionen verursacht werden, so bestehen grofse Unterschiede zwischen den einzelnen Patienten, ja selbst bei demselben Patienten von einer Injektion zur anderen. Zuweilen sind die Schmerzen minim; die Fälle aber kommen denn doch zu häufig vor, wo sie so heftig sind, dafs die Patienten nichts mehr von einer solchen Behandlungsweise wissen wollen.

Die Kalomelinjektionen wirken merkwürdig schnell gegen die syphilitischen Erscheinungen; sie gestatten, in wenigen Tagen eine bisher zweifelhafte Diagnose festzustellen und schwere oder gefährliche Symptome zum Verschwinden zu bringen. Ein Hauptübelstand ist ihre Schmerzhaftigkeit, was von ihren wärmsten Verfechtern zugegeben wird. Dieser Übelstand wird beseitigt durch die Anwendung des grauen Öles, das gar nicht schmerzhaft ist, jedenfalls nie in demselben Mafse. Wenn sie auch nicht so rasch wirken wie die Kalomelinjektionen, so thun sie es doch immer noch rasch genug in der Mehrzahl der Fälle. In der grofsen Zahl der Fälle vor und nach meiner Mitteilung in der Versammlung der dermatologischen Gesellschaft zu Lyon konnte ich nur lobendes von ihnen sagen, sowohl in Bezug auf die unmittelbaren Resultate, als auf die Dauerhaftigkeit der erzielten Erfolge.

Bemerkung über eine die Hämatologie und Hämotherapie betreffende Procedur. Herr Jullien beschreibt eine Procedur zur Gewinnung von Blut für Untersuchungen bei weiblichen Individuen. Statt der Phlebotomie, den Vesikantien oder den Schröpfköpen benutzt J. das Blut vom Uterushalse, der gefühllos und sehr gefäfsreich ist. Das Collum uteri wird an die Vulva heruntergezogen und mittelst Martinscher Klappen fixiert; dann wird er akarifiziert und das Blut mit einer Spritze aufgesogen. Die Spritze, welche J. benutzt, fafst 5,0 und kann beliebig oft wieder gefüllt werden. Mit den nötigen antiseptischen Kautelen ausgeführt, ist die Procedur gänzlich gefahr- und schmerzlos. J. benutzt dieselbe zur Injektion syphilitischen Blutes auf Tiere, und gedenkt er sie zur Serumtherapie anzuwenden, und zwar von Patienten in der tertiären Periode auf solche in der sekundären oder von solchen in der latenten, torpiden Periode auf solche in der floriden.

Histologische Untersuchungen über eine seltene Form der Hautsarkomatose, von Herren Perrier und Leredde. Die Symptome dieser drei Jahre nach ihrem Beginne beobachteten Affektion sind folgende: rundliche sessile, harte, elastische, lebhaft rote, auf der Oberfläche glatte, den tieferen Hautschichten nicht adhärierende, nicht über haselnufsgrofse, langsam, ohne Drüsenanschwellung und Störung des Allgemeinbefindens wachsende Tumoren. Jede Ulceration fehlt, weshalb nicht an Gummata zu denken ist; um Lepra handelt es sich auch nicht wegen der Färbung und der erhaltenen Sensibilität. Unter dem Mikroskop sieht man in eine dünne, bindegewebige Hülle eingekapselte Knötchen, die aus grofsen Zellen mit wenig färbbaren Kernen bestehen, von denen einige in Karyokinese begriffen sind; andere haben zwei oder drei Kerne, noch andere sind nach dem Typus der Riesenzellen gebaut. Die Gefäfse sind nicht sarkomatös. Mikroorganimen lassen sich keine färben; übrigens zeigen die Läsionen auch nicht die Entwickelungsweise von Knoten irgend einer der bekannten Infektionskrankheiten; doch nähern sich die Präparate im einzelnen doch denen bei Granulomen, so dafs eine gewisse Analogie zwischen den Sarkomen und den parasitären Krankheiten angenommen werden kann.

(Übersetzt von C. Müller-Bern.)

Verhandlungen der Moskauer dermatologischen Gesellschaft.

1893—1894. Bd. III.

1. Sitzung am 12. November 1893.

Prof. Pospelow verlas seine Mitteilung zur Frage der **Pathogenese und Therapie des Myxödems,** in der er ein klinisches Bild dieser Krankheit gab und die Ätiologie derselben in regen Zusammenhang mit der Anwesenheit und den Funktionen der Glans thyreoidea brachte. Die Ätiologie giebt auch Hinweis auf die Frage der Therapie, die in Einverleibung der betreffenden Drüse in den Organismus, resp. in deren Reizung zur Erhöhung der Funktion besteht, wie letzteres von Poncet in der medizinischen Gesellschaft in Lyon an einem 14jährigen Mädchen demonstriert wurde. Referent erwähnt noch die Entdeckung der schilddrüsenähnlichen Gebilde im menschlichen Organismus durch Sandeström, die nach den Versuchen von Oley, Piana Ughetti und Moussu die Funktionen der exstirpierten Drüse auf sich zu nehmen vermögen.

Dr. Tschernogubow sprach über die **Behandlung der Psoriasis vulgaris** nach der Methode von Byrom Bramwell und demonstrierte dabei den betreffenden Fall. Patient, 19 Jahre alt, ist seit 3—4 Monaten krank und stellte bei seinem Eintritt ins Hospital das typische Bild der Psoriasis vulgaris dar. Am 27. April wurde mit der Behandlung mit dem nach der Methode von White in Moskau dargestelltem Thyreoidin begonnen, das in den ersten acht Tagen zu 10 Gran, in weiteren acht Tagen zu 20 Gran und endlich zwei Tage zu 30 Gran gereicht wurde — im ganzen 310 Gran. Die günstige Einwirkung auf die Hautaffektion liefs sich nicht in Abrede stellen, am neunten Tage trat aber schon eine starke Schweifssekretion auf, ein Zittern der Extremitäten, Schwere des Kopfes, Unregelmäfsigkeit der Atmung und Störung der Herzaktion; die Harnsekretion, die anfangs von 1600 ccm pro die auf ca. 3000 gestiegen war, begann allmählich zu sinken, und am 17. Tage mufste mit der Thyreodinbehandlung sistiert werden. Das Körpergewicht sank während der siebzehn Tage um 2 kg. Die Wirkung des Thyreoidins auf Psoriasis war nachhaltig, auch nach Sistierung des Mittels. Referent hielt die Anwendung des Mittels für angezeigt, doch nur dann, wenn Patient in steter Beobachtung des Arztes sich befinden könne.

In der Diskussion sprach sich Prof. Pospelow gegen die Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Thyreoidin aus, dessen Wirkung ihm sehr viel Ähnlichkeit mit

dem Kochschen Tuberkulin zu haben schien, bei dessen Anwendung dieselben Erscheinungen einzutreten pflegten, wie ein frequenter kleiner Puls, ein starkes Schuppen der Haut, starke Schweifssekretion, erhöhte Temperatur u. dgl. Daraus schliefst er, dafs die Wirkung des Thyreoidins nicht nur diesem Mittel allein zukomme und auch nicht andauernd sein könne. Er erinnerte ferner, dafs Psoriasis stets schwinde, wenn der betreffende Patient an einer Infektionskrankheit erkranke, an Typhus, Erysipelas, akutem Rheumatismus oder dem ähnlichen — um wieder aufzutreten, sobald diese interkurrenten Erkrankungen verstrichen waren. Prof. Pospelow fragt, ob das Risiko erlaubt sei, den Organismus einer lebensgefährlichen Thyreoidinkur zu unterwerfen, um nur zeitweiliges Verschwinden der Psoriasisaffektion zu erzielen — und verneinte diese Frage.

Dr. Sabolotzky referiert **zur Frage der extragenitalen Syphilisinfektion** nach den Daten der Ambulanz des Mjassnitzky-Hospitals zu Moskau und beobachtete vom 1. Juli 1892 bis zum 1. Juli 1893 139 Fälle, worunter 62 Männer und 77 Weiber waren. Was die Lokalisation betraf, so war der Primäraffekt in 104 Fällen auf den Tonsillen, 12 auf den Lippen, 16 an der Mamma und 7 an anderen Körperteilen zu sehen. Die Quelle der Infektion war in keinem Falle nachzuweisen, und dem Stande nach waren die unteren Berufsklassen am meisten vertreten. Dem Alter nach waren Kinder von ½ Jahr bis zu Greisen von 55 Jahren infiziert. In 102 Fällen war nur ein Ulcus, in 36 zwei und nur in einem Falle drei Ulcera nachzuweisen. Die extragenitale Infektion verhielt sich zur genitalen in 4,26 % (bei Männern), bei Weibern in 8,42 %, obgleich die Ambulanz von Weibern in doppelt geringer Anzahl besucht wurde, wie von Männern. Ferner liefs sich bei recidiven Formen der Primäraffekt nicht immer nachweisen, ebenso auch nicht die extragenitale Infektion; Referent hält die extragenitale Infektion für viel häufiger, als oben angedeutet.

Sitzung vom 8. Dezember 1893.

Dr. Ustinow berichtete über einen **Fall von Myositis syphilitica et Affectio pulmonis dextri.** Patient hatte in seiner Jugend zweimal an Pneumonia crouposa gelitten, vor elf Jahren sich mit Lues infiziert und war spezifisch behandelt worden. Im Jahre 1892 erkrankte er an einer Schwellung der Testiculi und an Hämoptoe, wobei er zwei Glas Blut verlor. Nach zwei Monaten wiederholte sich die Hämoptoe und schwand zugleich mit der Hodenaffektion nach Gebrauch von NaJ. Jetzt erkrankte er an spezifischer Pneumonie und an Myositis antibrachii dextri. Bei der Perkussion der rechten Lunge ergab sich über der rechten Clavicula eine leichte Dämpfung. Ferner wurden undeutliche Geräusche und verlängerte bronchiale Exspiration auskultiert. Sputum gering, serös-eiterig, sonst normal. Nach zehn Sublimatinjektionen (= 0,006) waren die Erscheinungen der Myositis geschwunden, nach 15 Einspritzungen die der Lungenaffektion. Der Allgemeinzustand war stets befriedigend gewesen. Referent meint, dafs die Lungen in diesem Falle den Coccus minoris resistentiae dargeboten hatten, wo die Luesaffektion hatte festen Fufs fassen können.

Im Anschlufs an dieses Referat berichteten Prof. Pospelow und Dr. Kontrim über je zwei **Fälle von spezifischer Pneumonie**, die beide einer Hg-Kur wichen. In drei Fällen war ebenso Hämoptoe eingetreten, in zwei Fällen war Temperaturerhöhung und Schweifssekretion vorhanden gewesen. Der Prozefs lokalisierte sich auch hier in den Lungenspitzen. In einem Falle von Prof. Pospelow war eine Pneumonia specifica vorhanden, und im Auswurf wurden Kochsche Bacillen nachgewiesen. Der Therapeut hielt die Erkrankung für Phthisis und sandte den Patienten nach Griechenland. Referent empfahl ihm Kairo, Hg-Inunktionen und Schwefelbäder, infolgedessen sich der sehr herabgekommene Allgemeinzustand vollkommen besserte, Husten, Fieber und Auswurf vollkommen verschwanden und keine Tuberkelbacillen

mehr nachgewiesen werden konnten. Patient ist seit drei Jahren jetzt vollkommen gesund. Referent schliefst aus seinem Fall, dafs sich 1. die tuberkulöse Affektion auf der Basis der spezifischen Pneumonie entwickelt hatte und nur nach Schwinden dieser hatte schwinden können, und 2. dafs die Anwesenheit der Kochschen Bacillen eine spezifische Pneumonia noch nicht ausschliefst und ebensowenig die Einleitung einer spezifischen Kur.

Sitzung vom 28. Januar 1894.

Prof. Pospelow berichtete über einen Fall von **Lichen planus Wilsoni** und führte den Patienten vor. Patient, 54 Jahre alt, litt an Hämorrhoidalknoten im Jahre 1870, die ihm teilweise operiert wurden; seit 1890 leidet er an einem Magendarmkatarrh mit Tenesmen, Prolapsus von Hämorrhoidalknoten, blutigem, schleimigem Stuhl u. s. w., endlich quält ihn eine linksseitige Ischias. Seit dieser Zeit bemerkte er einen sehr stark juckenden Ausschlag an den Händen in Form von Pünktchen, die konfluierten und ganze Plaques bildeten, besonders an der Fufssohle. Seitdem fühlte Patient sich noch elender und wurde stets nervös. Seines Magendarmkatarrhs und seiner Hämorrhoidalknoten wegen wandte er sich an einen Therapeuten, der ihm Emser Kränchen verordnete, und an einen Chirurgen, der in ano ein polypöses Adenom diagnostizierte, aufser den obigen Knoten. Prof. Pospelow, an den sich Patient seines immer ernster werdenden Hautleidens wandte, diagnostizierte einen deutlich ausgedrückten Lichen planus Wilsoni und an den Fufssohlen Lichen corneus hypertrophicus. An den Handflächen beider Hände wurde eine Tendovaginitis der Flexoren der dig. IV. mit Kontrakturen derselben konstatiert, aufserdem eine Ischias sinistra. Obgleich das Darmleiden anscheinend die des Lichens wegen so sehr indizierte Arsenkur kontraindizierte, verordnete Referent wegen des so sehr heruntergekommenen Allgemeinbefindens des Patienten und in Erinnerung der von Hebra ohne As behandelten und letal geendeten Fällen die asiatischen Pillen, zu 1 Pille täglich drei Wochen lang, darauf zwei Wochen lang zu 2 Pillen täglich und von der fünften Woche zu 3 Pillen.

Die darauffolgende Untersuchung erwies folgendes: Der Ausschlag war im Verschwinden begriffen, Appetit war eingetreten, die früher unaufhörliche Diarrhoe war verschwunden, ebenso der dem Kranken den Schlaf raubende Juckreiz, die Ischiasschmerzen, obgleich der Nervus ischiadicus auf Druck noch schmerzempfindend blieb. Nach weiterem Arsengebrauch (4 Pillen täglich) verschwand die Lichenaffektion vollständig, dabei waren die Hämorrhoidalknoten deutlich kleiner geworden, die Blutungen ex recto hatten ganz aufgehört. Nach weiteren vier Monaten war das Adenom um das dreifache kleiner geworden, die Tendovaginitis und die Kontraktur der Finger war ganz verschwunden; was die Lichenaffektion betraf, so war sie ganz gewichen, nur an den Unterschenkeln, wo die Plaques am ausgebreitetsten vorhanden waren, bestand noch eine leichte Infiltration der Haut und eine leichte Schuppung. Der Allgemeinzustand war ein sehr guter. Es wurde Patient der weitere Gebrauch von As verordnet bis zum vollkommenen Verschwinden aller Erscheinungen.

Referent stellt die Besserung aller krankhaften Erscheinungen des Patienten auf Rechnung des As-Gebrauches und rät die Anwendung desselben auch bei Magendarmkatarrhen, die, wie in diesem Fall, auf nervöser Basis beruhen. Er stellt ferner nicht in Abrede, dafs die Diarrhoe bedingt gewesen sein könne durch einen Lichenausschlag auf der Schleimhaut des Darmes, wie solche Fälle von Crocker, Referenten selbst u. a. beobachtet worden sind; behaupten für den vorliegenden Fall könnte er es nicht.

Dr. Okorow (Abolitionist): **Zur Geschichte der Reglementation der Prosti-**

tution in Indien. (Ein Referat der Arbeiten Prof. Nevius' aus der *„Revue de morale progressive"*.) Autor führt das Für und Wider dieser Einführung an und spricht sich an der Hand einer ziemlich umfangreichen Statistik gegen dieselbe aus. Das Referat rief eine lebhafte Diskussion hervor.

Dr. Mursin demonstrierte eine Kranke mit **Epithelioma nasi**, wobei er ihre Krankengeschichte verlas. Die Topographie des Krankheitsprozesses, das Vorhandensein flacher, begrenzter, harter elastischer Plaques in der Substanz des linken Nasenflügels, das Verwachsensein derselben mit der Haut bei normaler Hautfarbe und Abwesenheit jeder Entzündung und jeder Erscheinung der regressiven Metamorphose, ferner der Ausschluſs von Syphilis und Lupus, alles das sprach für ein Rhinosklerom. Die ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab indes die Zugehörigkeit des Neugebildes zum Typus der Epitheliome. Nach Ausschneidung des zur mikroskopischen Untersuchung notwendigen Stückes war keine Eiterung, kein Zerfall der Wunde eingetreten; eine dünne Kruste bedeckte die Wunde, die mit einer kaum merklichen Narbe heilte. Die Veränderungen von seiten der Schleimhaut der linken Nasenöffnung, der Mundhöhle, des Gaumens sprachen auch für die Diagnose des Rhinoskleroms, da bei dieser Erkrankung die Nasenöffnungen sich verengern, die Zähne wackelig werden, die Alveolenöffnungen atrophieren und charakteristische Veränderungen des Gaumenbogens aufzutreten pflegen, wie es alles in diesem betreffenden Falle gewesen war.

Dr. Sabolotzky demonstrierte einen Fall von **Impetigo herpetiformis**. Patientin, 22 Jahre alt, früher stets gesund gewesen, verheiratet, erkrankte drei Tage vor ihrer zweiten Geburt. Kind ist ausgetragen, gesund. Es erschienen an beiden Händen zwischen den Fingern in den Hautfalten juckende Pustelchen. Acht Tage nach der Geburt erschien nach einem Schüttelfrost ebensolch ein Ausschlag in den Achselhöhlen, in den Falten unter der Mamma, auf dem Abdomen und an der inneren Seite der Oberschenkel. Die Affektion breitete sich immer mehr aus, Kopf, Handflächen, Fuſssohlen, Genitalien blieben frei. Die Diagnose stellte keine Schwierigkeiten. Das Hervortreten miliarer Eiterpusteln auf roter infiltrierter Haut, ihre Verbreitung vom Zentrum zur Peripherie, die Abwesenheit von Geschwüren und Narben, die Lokalisation des Ausschlages, die Zeit der Erscheinung (Schwangerschaft), endlich der vorhergehende Schüttelfrost sprechen für die Richtigkeit der Diagnose Impetigo herpetiformis.

Über die Ätiologie dieser Erkrankung läſst sich bis jetzt nichts Sicheres sagen, vielleicht steht sie in gewissem Zusammenhange mit Pyämie, doch läſst sich das nicht für alle Fälle behaupten.

Dr. Tschernogubow führte einen Fall von **Lepra maculo-tuberosa** vor, der in mancher Beziehung ein gewisses Interesse beanspruchte. Patient lebte seit zehn Jahren in Moskau und stammt aus dem Smolenskischen Gouvernement, wo zwei Leprafälle vorgekommen sein sollten. Bei Betrachtung des Falles läſst sich die Differentialdiagnose zwischen multipler Sarkomatose, Lues und Lepra nicht auf den ersten Blick stellen. Durch den Nachweis von Leprabacillen ist die Diagnose natürlich sofort festzustellen gewesen, obgleich das Bild weitaus nicht so charakteristisch ist, wie man es gewöhnlich bei Lepra hat. Sowohl die Färbung der Flecke (hellgelb), als auch die schmerzlosen geschwollenen Lymphdrüsen, ferner die Infiltrationen an mehreren Körperstellen, die nach Angabe des Referenten in ca. zwei Wochen sich resorbiert hatten, dann auch die für Lues charakteristische Hodenschwellung lieſsen eigentlich die Diagnose sehr auf die Seite von Lues sich neigen; ferner fehlte die Facies leonina. Nur der positive Nachweis der Leprabacillen in groſsen Mengen stellte absolut die Diagnose Lepra fest. Alle die undeutlichen Erscheinungen lassen sich nach Meinung des Referenten und des sich lebhaft an der Diskussion dieses Falles

beteiligenden Prof. Pospelow durch die Frische des Falles erklären. Aus den Beifügungen, die Professor Pospelow zur Krankengeschichte des Patienten machte, läfst sich über die Ätiologie des Falles noch weiter ersehen: Patient arbeitete an einer Fabrik, wo er sich vor 10—12 Monaten die Streckseite des rechten Vorderarmes zerkratzte, wobei er einen ziemlich starken Blutverlust hatte. Die Wunde heilte, doch nach ca. zwei Monaten schwoll die betreffende Stelle ziemlich bedeutend an, wurde hart, und dann erschien ein Ausschlag, der bis jetzt auf dem Körper vorhanden ist. Zugleich mit der Schwellung des Vorderarmes fieberte Patient, so dafs er zwei Tage im Hospital deswegen zubrachte. Erst nach dieser prodromalen Graderhöhung erschien der Ausschlag. Nicht zu übersehen ist die Anschwellung der epitrochleare Lymphdrüsen, und zwar nur auf der rechten Seite, der Seite der Infektion; auf der linken Seite sind sie nicht zu fühlen. Freilich sind die Flecke nach Meinung Prof. Pospelows nicht sehr charakteristisch für Lepra, sie sind gelblich-bronzefarbig, ohne deutliche Grenzen, leicht erhaben, im Zentrum fester, als an der Peripherie, stellenweise sind sie nur mit sehr schwach ausgedrückter Infiltration verbunden, wie am Gesicht, andererseits sind diese aber viel deutlicher ausgedrückt, wie am rechten Vorderarm, wo die Eingangspforte für die Infektion angenommen werden müfste. Prof. Pospelow verweist noch auf eine Eigentümlichkeit. Auf Druck der gesunden Haut tritt ein gelblich-orangefarbener Fleck auf, der erst nach einiger Zeit verschwindet. Referent schliefst, dafs die Haut Lepröser auch jenseits der sichtbaren Hautaffektion affiziert sei.

Dr. Orlow verlas seine Mitteilung unter dem Titel über **die niederen Organismen des Ulcus molle.** Seine Untersuchungen stimmen in ihrem Resultate vollkommen mit denen von Ducrey überein.

Dr. Lanz demonstrierte seinen **Irrigator für die Urethra.**

Dr. Lichatschew verlas seine Mitteilung unter dem Titel: **Die Diaskopie der Haut nach der Methode von Unna.** Giebt nichts Neues!

Sitzung vom 28. März 1894.

Dr. Kaspari referierte über einen Fall von **Lichen planus,** in dem neben der Hautaffektion eine Affektion der Schleimhaut der rechten Wange bestand; ferner ist der Fall interessant dadurch, dafs auch die Genitalien des Patienten von der Erkrankung mitergriffen waren, und zwar sowohl Glans et penis, als auch die Lamina interna praeputii und das Scrotum. Sonst bot der Fall nichts Neues.

Dr. Tschernogubow sprach einige Worte über **die Bacillen der Lepra.**

Dr. Smirnows Vortrag über **einige offene Fragen in der Syphilistherapie** wurde verlesen. Autor ist mit dem heutigen Stande der Luestherapie unzufrieden: man kenne die Krankheit, kenne das spezifische Mittel (Hg) und das beste Hülfsmittel (J) und könne dem Kranken auf dessen Frage, ob er nach einer regelmäfsigen Kur gesund sei, keine bestimmte bejahende Antwort geben. Das liege nach der Meinung des Autors daran, dafs die Spezialisten nicht die Krankheit selbst, die eine Krankheit des Blutes sei, sondern die Symptome allein behandeln. Erst wenn eine radikale Kur dieser Krankheit des Blutes vorgenommen werden würde, könne man auf andere Erfolge rechnen. Er rät, die Hg-Behandlung bei Ulcus induratum sofort anzuwenden und nicht erst das Auftreten der sekundären Erscheinungen abzuwarten, wobei er sich auf die Seite von Fournier stellt.

Sitzung vom 13. Mai 1894.

Dr. Mursin führte einen Fall von **Lepra nodosa** vor, wobei er die betreffende Krankengeschichte verlas und die mikroskopischen Präparate zeigte. Anknüpfend an diesen Fall, wurde der Wunsch ausgesprochen, in Moskau für ein Asyl der Leprösen zu sorgen, was eine Frage der äufsersten Notwendigkeit sei.

Prof. Pospelow sprach über **weitere Beobachtung über die Therapie des Myxödems mit Thyreoidin** an einem Kranken, der ein Gumma in der Glans thyreoidea hatte. Er stellte folgende Schlüsse auf:

1. dafs die Glans thyreoidea von Lues affiziert werden kann;

2. dafs nicht nur bei Tieren, sondern auch beim Menschen Nebendrüsen vorhanden sind, und zwar nicht nur hinter der Cartilago thyreoidea, sondern auch vor ihr, am unteren Abschnitt;

3. dafs bei einem Myxödem syphilitischer Herkunft die Behandlung mit Thyreoidin Hand in Hand gehen müsse mit der spezifischen.

Was die Stärke der Schilddrüsenpräparate betrifft, so nimmt die erste Stelle die rohe Schilddrüse ein, schwächer wirkt die getrocknete, dann das Thyreoidin nach White (von Dr. Walk hergestellt) und am schwächsten das Thyreoidin aus der Fabrik von Howard Lloyd.

Sitzung vom 30. September 1894.

Dr. Kracht demonstrierte eine Kranke mit einem deutlich ausgesprochenen **Sklerodermа** der oberen Körperhälfte, die das typische Bild dieser Krankheit bot, wobei auch in diesem Falle die Ätiologie sich, wie gewöhnlich, nicht feststellen liefs. Am Fufse konstatierte Prof. Pospelow eine Hautveränderung, die ein beginnendes Malum perforans pedis erwarten liefs.

Dr. Rosenquist demonstrierte einen Kranken von 23 Jahren, der an einer ausgesprochenen Form von **Lichen planus Wilsoni** litt, der besonderes Interesse durch seine Lokalisation auf der Haut des Penis bot.

Dr. Shiwult verlas eine Mitteilung unter dem Titel **Impetigo herpetiformis Duhringi.** Referent erkrankte selbst am 7. August mit einem starken Juckreiz und Brennen der beiden Hände, dem bald darauf Rötung und Miliarausbruch folgte. Der Zustand verschlimmerte sich immer mehr, Pusteln mit weifser durchsichtiger Flüssigkeit traten auf, sie wurden immer gröfser, konfluierten, secernierten sehr stark; links war die Affektion gröfser, als rechts. Am 12. August trat Fieber ein, die Hände schwollen, ebenso die Lymphdrüsen, die schmerzhaft wurden, es trat Lymphangitis ein, die sich bis in die Achselhöhlen hinauf verbreitete. Das Ödem der Hände wurde immer gröfser, der Schmerz wuchs, so dafs die Arme nur in die Höhe gehalten werden konnten, bei jedem Versuch, dieselben sogar nur horizontal zu halten, wurde der Schmerz unerträglich. Es traten Bullae mit eiterigem Inhalt auf in dichtgedrängten Gruppen von verschiedener Gröfse und Form, bald einzeln, bald schubweise. Die von der Epidermis entblöfste Haut war sehr schmerzempfindlich, geschwollen und machte dem Kranken jede Bewegung unmöglich. Natrium salicylicum X gran innerlich pro die, Aqua saturn., Eis, Unguentum plumbo-tannicum schafften Erleichterung und Besserung des Zustandes. Anfang September folgte der Erkrankung eine chronische Dermatitis mit einer 2—3 mm hohen, trockenen unregelmäfsigen, höckerigen und harten Haut. Nach zwei Wochen schwand auch diese, es blieb nur noch eine Pigmentation an den Stellen des Ausschlages zurück. Vor der Erkrankung litt Autor an Onychia und Paronychia, die recht schmerzhaft waren. Seine Spezialität brachte es mit sich, dafs er häufig seine Hände waschen und häufig auch dieselben mit Karbol-, Bor-Salicylsäure spülen mufste. Vielleicht gab das eine gewisse Disposition für diese Erkrankung ab. Dann erinnerte sich Referent, einen Patienten in Behandlung mit einer ebensolchen Affektion gehabt zu haben, den er täglich hatte verbinden müssen. Sollte diese Form der Affektion nicht auf infektiöser Basis beruhen können? Aus Unmöglichkeit, experimentell der Frage näher zu treten, mufs sie eine offene bleiben.

Dr. Malischew sprach über **Unguentum hydrargyri cinereum cum resorbino**

paratum, über welche Mittel Dr. LEDERMANN und Dr. HAHN in dieser Zeitschrift geschrieben haben.

Sitzung vom 24. Oktober 1894.

Dr. SPERANSKY sprach über einen seltenen Fall von **Psoriasis vulgaris**, wobei er die Kranke vorstellte.

Seit 15 Jahren hatte sie psoriatische Plaques an den Ellenbogen und Knien, die von Zeit zu Zeit verschwanden und dann wieder auftraten. Am 3. Oktober erkältete sich Patientin sehr stark, und nach einem fieberhaften Zustande trat eine akute Exacerbation der Psoriasis vulgaris am ganzen Körper auf, sechs Tage nach der Erkältung. Der Ausbruch gemahnte sehr an ein papulöses Syphilid, doch sprachen die Erscheinungen bei näherer Betrachtung entschieden für Psoriasis. In diesem Falle ist für die so seltene akute Exacerbation als Ätiologie die starke Erkältung anzunehmen; eine andere Ätiologie läßt sich nicht nachweisen.

Dr. BOGDANOW hielt einen Vortrag über **Rheumatismus blennorrhoicus**, wobei er sieben Krankengeschichten anführt, auf Grund deren er charakteristische Symptome festzustellen sucht. Doch sind weder die Iridochoroiditiden, noch die Tendovaginitis, das JAQUETsche Pied blénnorrhagique, noch die Polyarthritis pathognostisch, und auch nicht in allen Fällen von blennorrhoischem Rheumatismus lassen sich im Exsudat Gonokokken nachweisen. Nur der Symptomenkomplex läßt sich differentialdiagnostisch verwerten. Der erste Teil des Vortrages, der den kasuistischen Teil des Vortrages behandelt, wurde vom Autor in dieser Sitzung abgehandelt, der zweite Teil, in dem er das Material sondern und klassifizieren will, soll in der nächsten Sitzung der Gesellschaft vorgebracht werden. *Dr. Grünberg-St. Petersburg.*

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

November 1895.

I. **Über Acne scrophulosorum bei Kindern**, von T. C. Fox-London. (Vortrag, gehalten auf dem Kongresse der British Medical Association. August 1895.) Vortragender hat von dieser Krankheit im ganzen etwa zehn Fälle beobachtet. Sechs derselben werden ausführlicher mitgeteilt.

Alle Fälle betreffen Kinder in den ersten Lebensjahren und von mehr oder weniger ausgesprochenem skrophulösen Habitus. Zumeist haben die Patienten noch andere Erscheinungen von Skrophulose gezeigt. Die in Rede stehende Affektion ist charakterisiert durch indolente, kleine papulo-pustulöse oder akneiforme, hie und da zerstreute, niemals zu Gruppen vereinigte oder von subjektiven Symptomen begleitete Efflorescenzen. Es werden ausschließlich Kinder befallen, und zwar besonders die Streckseiten der Beine, das Gesäß und die Gegend unmittelbar über demselben. Seltener sieht man die Arme und das Gesicht ergriffen. Die Efflorescenzen treten successive oder in subakuten Schüben auf. Die Papeln sind im Anfangsstadium gerötet, spitz und sitzen um einen Haarfollikel. Zumeist entwickeln sie eine schwache Eiterkuppe, welche eintrocknet, mit einem zentralen follikulären Pfropf abfällt und einen Krater hinterläßt. Geht die Affektion zurück, so flachen sich die Papeln ab, werden in ihren Konturen unregelmäßig, täuschen einen Lichen planus vor und neigen dahin, Flecke oder schwache Narben zu hinterlassen.

Was die Natur der Affektion betrifft, so war Redner anfangs nicht abgeneigt, dieselbe auf Syphilis zurückzuführen; da aber die Anamnese gar keine Anhaltspunkte für diese Annahme gab und auch eine antisyphilitische Kur keinen Einfluſs auf die Krankheit ausübte, so blieb nur übrig, auf den alten, allerdings etwas vagen Begriff der Skrophulose zurückzugreifen. Redner verordnete dann Leberthran und Eisen. Unter dieser Behandlung verschwand gewöhnlich der Ausschlag. Wenn auch die Krankengeschichte nicht in allen Fällen eine skrophulöse Diathese bei den Patienten selbst oder bei nahen Anverwandten derselben ergab, so war doch in drei Fällen der skrophulöse Habitus ausgesprochen. Es sind meist schwach genährte, ärmlichen phthisisch beanlagten Familien angehörige Kinder, bei welchen wahrscheinlich ein pyogener Mikroorganismus einen günstigen Nährboden in den Follikeln findet.

Redner bespricht kurz die Litteratur.

Diskussion. Dr. A. Jamieson hat einige Fälle beobachtet und zwei derselben im *Brit. Journ. of Derm.* (Band VI. pag. 294) unter der Bezeichnung „Impetigo varioliformis" veröffentlicht. Bei beiden Patienten war das kraterförmige Aussehen der Efflorescenzen deutlich ausgesprochen, und es blieben nach dem Abheilen Narben zurück. Er habe bemerkt, daſs der Ausschlag infektiös sei, eine Thatsache, die auf einen parasitären Ursprung der Affektion hinweisen würde.

Dr. Crocker hat bereits auf dem Wiener dermatologischen Kongresse auf die Krankheit aufmerksam gemacht, die er ebenfalls als Acne scrophulosorum bezeichnet habe. (Vergl. *Kongreſsbericht.* Wien 1892. pag. 510.)

Dr. W. Beatty bemerkt, daſs die Krankheit selten sei. Er habe neulich in Dublin einen Fall gesehen, welche Dr. Fox' Beschreibung genau entsprach. Unter anderen skrophulösen Erscheinungen hatte Patient Hornhautgeschwüre. Eine Eigentümlichkeit in diesem Falle war, daſs die Narben der früheren Efflorescenzen zu Keloiden anwuchsen.

Dr. Dockerell bedauert die Bezeichnung „Acne" für diesen Zustand. Er käme zweifellos bei tuberkulösen Leuten vor, und es wäre besser, der Affektion eine dem tuberkulösen Ursprung entsprechendere Bezeichnung beizulegen.

II. **Die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Syphilis-Antitoxin,** von E. Cotterell-London. (Vortrag, ebenda gehalten l. c.) Redner ist bei seinen Experimenten von folgenden Thatsachen geleitet worden:

1. Das von Syphilis befallene Individuum erlangt Immunität gegen eine zweite syphilitische Infektion. Die Ausnahmen von dieser Regel sind so selten, daſs sie vollständig unberücksichtigt gelassen werden können. Daraus kann der Schluſs gezogen werden, daſs das Individuum, welches die Syphilis hat oder gehabt hat, irgend eine Eigenschaft in sich selbst besitzen muſs, die ihn gegen jede frische Syphilisinfektion immun macht.

2. Obwohl es bis jetzt noch nicht zweifellos bewiesen ist, so ist es doch sehr wahrscheinlich, daſs die Syphilis irgend einem spezifischen Mikroorganismus ihren Ursprung verdankt, und daſs die sog. sekundären Symptome auf ein von dem spezifischen Mikroorganismus produziertes Toxin zurückzuführen sind. So ist es wieder wahrscheinlich, daſs die Immunität vor weiteren Syphilisattacken der Anwesenheit irgend einer Substanz in dem Blute zuzuschreiben ist, welche man „syphilitisches Antitoxin" nennen kann.

3. Es ist eine bekannte Thatsache, daſs ein mit hereditärer Syphilis behaftetes Kind von einer Mutter geboren sein kann, die niemals einen Primäraffekt gehabt oder auch nur ein sichtbares Zeichen von sekundärer Syphilis gezeigt hat und die sich als immun gegen Syphilisinfektion erweist, denn sie kann sich weder von ihrem eigenen Kinde, noch an einer anderen Syphilisquelle anstecken. Man kann hier an-

nehmen, dafs vermöge einer besonderen Eigenschaft der Placenta und des Placentarkreislaufes nur die syphilitischen Antitoxine vom Fötus aus die Gewebe der Mutter erreichen und diese immun gegen jede Syphilisinfektion machen.

Redner hat 18 Syphilisfälle ausschliefslich mit Injektionen von „syphilitischem Antitoxin" behandelt. Die Resultate dieser Behandlung legt er in folgenden Sätzen nieder:

1. In den frühen Stadien der Syphilis, d. h., wenn es sich nur um ein Geschwür und Drüsenschwellung handelt, lassen Injektionen mit diesem Serum das Geschwür rapide abheilen. Die Leistendrüsen schwellen gewöhnlich intensiv an; die Haut- und Rachenerscheinungen fehlen oder sind nur schwach ausgeprägt.

2. Beginnt die Behandlung erst zu einer Zeit, wo der Ausschlag und die Rachensymptome voll entwickelt sind, so schwindet das Exanthem rapide, weit rascher, als es unter einer Quecksilberkur der Fall ist; die Rachenerscheinungen dagegen verschwinden eher langsamer, als bei der Merkurbehandlung.

3. Das Allgemeinbefinden bessert sich.

4. Das Serum von einem Individuum mit deutlich ausgesprochenen sekundären Syphiliserscheinungen ist wirksamer, als das von einem mit tertiärer Lues behafteten Individuum erhaltene.

5. Die Injektionsdosis ist nicht genau bestimmt worden; sie schwankt zwischen $^1/_2$—5 ccm.

Die Zahl der Fälle ist zu gering, und die Dauer der Injektionsmethode noch zu lang (im ganzen etwa sechs Monate), um ein definitives Urteil über dieselbe abgeben zu können. Sie ist aber wert, einer Nachprüfung unterzogen zu werden.

C. Berliner-Aachen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1895. No. 8.

I. **Über die Urethroskopie nach Nitze-Oberländer und die Behandlung des chronischen Trippers nach Oberländer und Kollmann**, von Menahem Hodara. Die Arbeit bezweckt hauptsächlich, auch in Frankreich Oberländers Arbeiten Verbreitung zu verschaffen, und schildert das diagnostische Vorgehen, die Dilatatoren Oberländers, die neueren Kollmanns, deren Indikationen, endlich die übrigen von den eben genannten Autoren benutzten elektrolytischen Instrumente, Urethrotome. Der Verfasser hält sich hierbei genau an die in *Oberländers Lehrbuch der Urethroskopie* dargelegten Anschauungen, die auch in dieser Zeitschrift schon dargelegt worden sind.

II. **Hypertrophie der Prostata mit völliger chronischer Harnverhaltung. Doppelte Kastration. Heilung**, von Albarran. Der Fall betraf einen 69jährigen Mann, welcher seit $6^1/_2$ Monaten nur mehr mittelst Katheters Urin entleeren konnte. Etliche Male gelang die Entleerung nur durch die Punctio vesicae. Zur Zeit, als Albarran einschritt, war völlige Harnverhaltung gegeben, die Blase bis zum Nabel ausgedehnt, der Allgemeinzustand nicht mehr günstig.

Es wurde die doppelseitige Kastration ausgeführt, die Wunden heilten per primam. Noch am Tage der Operation konnte Patient etwas Urin freiwillig entleeren. Dies besserte sich, so dafs sieben Tage nach der Operation bereits 1500 g auf dem natürlichen Wege entleert wurden. Der Residualharn sank schliefslich auf 16—20 g.

Fünf Wochen nach der Operation verliefs der Kranke das Spital in geheiltem Zustande: brauchte nur 5—6 Mal täglich, 1 Mal in der Nacht zu urinieren; die Prostata hatte an Volumen abgenommen; ein weicher Katheter konnte leicht die Blase erreichen.

Neuhaus-München.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.
Oktober 1895.

I. **Das sog. Xanthoma diabeticorum und seine Placierung unter die Dermatosen,** von J. C. Johnston-New York. Verfasser hat im Mai 1894 im Journal einen Fall ausführlich beschrieben. In der vorliegenden Arbeit wird über eine zweite Attacke desselben Falles kurz berichtet. Im Winter 1894 verschwand die Affektion nach und nach mit der gleichzeitigen Besserung des Diabetes. Nur die Plaques an den Knien und Fufssohlen blieben hartnäckig bestehen. Im Sommer 1894 begann der Patient wieder viel zu trinken. Die Urinmenge war stark vermehrt. Als der Zuckergehalt des Urins 8% erreicht, brach die Hautaffektion wieder aus. Dieselbe entwickelte sich weit rapider, als im ersten Anfalle, und war im Dezember in voller Blüte. Die Efflorescenzen sahen jetzt feurig rot aus im Gegensatze zu der blafsrosaroten Farbe während des Verschwindens des Krankheitsprozesses. An den Knien waren die Knoten zu enormen, 4—8 Zoll grofsen Plaques konfluiert. Einzelne Efflorescenzen zeigten im Zentrum einen gelben Punkt. Befallen waren Gesicht, Streckseiten der Arme, Brust, Bauch, Gesäfs, Dorsalfläche der Füfse und die Fufssohlen. Von subjektiven Symptomen gab der Patient an Spannung und Stechen, namentlich, wenn auf die Efflorescenzen ein Druck ausgeübt wurde. Der Zustand dauerte bis April 1895, als nach einer Seereise des Patienten der Ausschlag abzublassen anfing, und zwar unter gleichzeitiger Abnahme des Diabetes und Besserung des Allgemeinbefindens. Es scheint aufser Zweifel, dafs die Verschlimmerung des Diabetes den Ausbruch der Hautaffektion zur Folge hatte. Eine lokale Behandlung wurde, abgesehen von der Elektrolyse, nicht eingeleitet.

Verfasser bespricht unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die Ätiologie und pathologische Anatomie des Xanthoma diabeticorum. Differentialdiagnostisch unterscheidet es sich vom gewöhnlichen Xanthoma durch folgende Eigentümlichkeiten: 1. durch den plötzlichen Ausbruch und das rapide Verschwinden. Das gewöhnliche Xanthom entwickelt sich spontan, langsam und geht nur sehr selten wieder zurück; 2. die Läsionen beim Xanthoma diabeticorum sind feste, solide, entzündlich gerötete, einzelnstehende oder konfluierende Papeln, niemals weiche, des entzündlichen Aussehens entbehrende, zumeist flache Scheiben oder Streifen, wie beim gewöhnlichen Xanthom; 3. bei diesem ist das gelbliche Aussehen der Efflorescenzen die Regel, bei jenem nur eine Ausnahme; 4. das Xanthoma diabeticorum findet sich niemals an den Augenlidern; seine Prädilektionsstellen sind gewöhnlich die Gelenke und die Streckseiten der Extremitäten; 5. subjektive Symptome sind bei ihm, wenn auch manchmal schwach, so doch meistens vorhanden, die beim Xanthoma vulgare nur im Falle von Ulceration desselben auftreten; 6. niemals findet sich Gelbsucht beim Xanthoma diabeticorum; 7. Glykosurie, wenn auch vorübergehend, findet sich in der Mehrzahl der Fälle, oder, wo sie fehlt, wird man an sie durch das Vorhandensein von Korpulenz und Fettsucht erinnert. Niemals kann das gewöhnliche Xanthom in Zusammenhang mit Diabetes gebracht werden; 8. die Läsionen beim Xanthoma diabeticorum treten in der Nachbarschaft der Haarfollikel und der Hautdrüsen auf, was beim gewöhnlichen Xanthoma nicht der Fall ist; 9. die Ulceration ist niemals ein Teil des Krankheitsprozesses beim Xanthoma diabeticorum.

II. **Eine neue Behandlung der Epididymitis und Orchitis,** von J. P. Tuttle-New York. Im akuten Stadium der blennorrhoischen Epididymitis und Orchitis ist die Hauptaufgabe die Herabsetzung der Temperatur und die Beseitigung, resp. die Linderung der Schmerzen. Am bewährtesten von allen Mitteln hat Verfasser das Guajakol gefunden. Zehn Tropfen werden auf eine Untertasse getropft und dann längs des Samenstranges und des oberen Teiles des Scrotums aufgepinselt. Testikel

und Scrotum werden für eine halbe Stunde unbedeckt gelassen, jedoch hoch gelagert. Hierauf werden heifse Umschläge in der Weise appliziert, dafs der auf dem Abdomen liegende Testikel mit einer Lage feuchtwarmen Flanells bedeckt und darüber ein mit heifsem Wasser nicht ganz vollgefüllter Eisbeutel gelegt wird. Etwa bis zum Schlafengehen bleibt diese Applikation liegen; hierauf wird eine 25%ige Ichthyollanolinsalbe eingerieben und das erkrankte Organ durch ein Suspensorium oder sonst einen Verband hoch gebunden. Am nächsten Morgen können die heifsen Applikationen für eine halbe oder ganze Stunde erneuert werden. Die Applikation des Guajakols wird erst nach 36 Stunden wiederholt, wenn nicht die Notwendigkeit vorliegt, dies früher zu thun. In allen sieben Fällen, die Verfasser so behandelt hat, wurden schon innerhalb zwei Stunden nach der ersten Applikation die Schmerzen erleichtert. Mehr als zweimal war die Anwendung des Guajakols nicht notwendig gewesen. Zu beachten ist, dafs nur das reine Merckesche Guajakol gebraucht wird, welches die Haut am wenigsten reizt.

Verfasser beschreibt einige nach der beschriebenen Methode behandelten Fälle.

III. **Autochthone Syphilis in Bolivia und Peru**, von A. S. Ashmead-New York. Unter den Indianerstämmen, welche in Südamerika vorkommen, zeichnen sich die Aymaras im nördlichsten Teil von Bolivia und im südlichen Peru durch einen eigentümlichen Körperbau aus, der darauf schliefsen läfst, dafs sie lange vor der spanischen Zeit dort gewohnt haben. Bei ihnen ist die Blennorrhoe und die Syphilis gut bekannt; sie sind auch mit der Therapie wohl vertraut. Dieselbe besteht, was die Syphilis betrifft, hauptsächlich in der Anwendung des Merkurs. Gegen die merkurielle Salivation schützen sich die Aymaras durch Kauen von Kokablättern. Uralte ausgegrabene Schädel zeigen narbige Vertiefungen, Usuren, welche auf Syphilis hindeuten.

Von grofsem Interesse ist es, dafs ein Tier, das Alpaka, welches ausschliefslich in den Hochländern von Bolivia und Peru wohnt, in ausgedehnter Weise an der Syphilis leidet und ebenfalls hauptsächlich mit Quecksilberinunktionen behandelt wird. Die Frage, ob die Krankheit vom Alpaka auf den Menschen übertragen worden ist, ist noch eine offene. Sehr wahrscheinlich ist es, dafs die Syphilis schon lange vor der Ankunft der Spanier in jenen Gebirgsländern existiert hat.

IV. **Die Behandlung der blennorrhoisch infizierten Urethra des Weibes mit Irrigationen von Kaliumpermanganat**, von Ch. Greene Cumston-Boston. Verfasser rät, nur die ganze Urethra, nicht die Blase mit der Lösung (1 : 3000) zu bespülen. Die Irrigationen werden täglich vorgenommen, der Irrigator hängt drei Fufs über dem Patienten.

Verfasser hat etwa 30 Fälle beim Weibe nach der Janetschen Methode behandelt und zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse:

1. Die durchschnittliche Dauer der Behandlung ist 15 Tage.
2. Komplikationen sind äufserst selten.
3. Brennen beim Urinieren dauert höchstens vier Tage, gewöhnlich nur zwei.
4. Der Ausflufs hört bald auf, wenn die Behandlung regelrecht durchgeführt wird.

V. **Ein Fall von Schanker der Tonsille**, von P. C. Evans-Louisville. Der Fall betraf einen Arzt, der die Infektionsquelle nicht anzugeben vermochte. Sitz der Initialsklerose war die linke Tonsille. Verfasser giebt eine ausführliche Beschreibung derselben und bespricht kurz die extragenitalen Primäraffekte unter besonderer Berücksichtigung von Bulkleys „Syphilis in the Innocent". *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Deutsches Archiv für Klinische Medizin.
Band 55.

Dieser als **Festschrift für Prof. Zenker** erschienene Band enthält von uns interessierenden Sachen folgendes:

I. **Über Adenomata sebacea,** von R. Barlow. Verfasser beschreibt einen einschlägigen Fall: Auf der Kopfhaut des 60 Jahre alten Patienten befanden sich über 30 Linsen- bis halbwallnufsgrofse Tumoren, die, aus der Ferne gesehen, Ähnlichkeit mit Atheromen hatten. Bei näherer Betrachtung sah man aber, dafs die gelblich-weifsen, harten, mit der Haut verschieblichen Tumoren etwas anderes waren. Die mikroskopische Diagnose wurde auf Adenom, ausgehend von Talgdrüsen, gestellt. Verfasser giebt dann eine Definition des Begriffes „Adenom" und eine Zusammenstellung der bisher als Adenoma sebaceum Balzer oder sonstwie als Talgdrüsenadenome beschriebenen Fälle. Zum Schlufs kommt er zu folgendem Resumé: Adenombildung in einer Talgdrüse kann stattfinden, ohne dafs diese Drüse vorher atheromatös entartet war. Talgdrüsenadenome können verkalken, resp. ossifizieren. Sie können auch gelegentlich carcinomatös entarten. Der Name „Epitheliom" für Talgdrüsenadenome mufs ausgemerzt werden.

II. **Eröffnung der Vena anonyma durch ein zerfallendes Gumma,** von Hans Stöcklin. Die 17jährige Patientin leidet an hereditärer Lues. Klinisch wurde u. a. ein substernales Gumma angenommen, das durch Kompression der Trachea Atembeschwerden hervorrief. Unter sofort eingeleiteter kombinierter Behandlung besserten sich diese, allein die Patientin erlag einer plötzlich auftretenden kollosalen Hämoptoe. Bei der Sektion fand sich ein zerfallenes Gumma, das die Wand der Vena anonyma und der Trachea zerstört hatte.

III. **Zur Histologie der syphilitischen Erkrankung der Hirnarterien,** von P. Wendeler. Verfasser beschreibt genau die Präparate eines Falles von Endarteriitis obliterans der Hirnarterien. Auf Grund seiner mikroskopischen Befunde kommt er zu dem Schlufs, dafs man die syphilitische Endarteriitis wohl von der durch andere Ursachen gesetzten unterscheiden könne. Da nämlich die syphilitische Entzündung sich schubweise entwickelt, so findet man bei ihr in den endarteriitischen Wucherungen neugebildete Membranae fenestratae eingelagert.

IV. **Über Aortenerkrankung bei Syphilitischen und deren Beziehung zur Aneurysmabildung,** von Döhle. Verfasser beschreibt drei sicher gestellte einschlägige Fälle. Als Ergebnis seiner Untersuchungen teilen wir folgendes mit: Die syphilitische Entzündung der Aorta ist makroskopisch gekennzeichnet durch strahlig-narbige Einziehungen und grubenförmige Vertiefungen der Innenfläche. Daneben kann eine Wucherung der Innenhaut bestehen. Die Einziehungen sind bedingt durch diffuse und gummöse Entzündungen in der Media und Adventitia, die hier zur Entwickelung narbigen Bindegewebes führen. Die entzündlichen Veränderungen der Media ermöglichen die Bildungen von Aneurysmen. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Cirkumcision, vom therapeutischen und prophylaktischen Gesichtspunkte aus betrachtet, von Tomès (Florenz 1895.) In Anbetracht der wohlthätigen Wirkung einer schnellen, vom weisen jüdischen Gesetzgeber eingeführten Operation und gestützt auf die Aussagen namhafter Mediziner aller Zeiten befürwortet Verfasser die allgemeine Einführung der Cirkumcision, selbstverständlich unter An-

wendung aller von der modernen Chirurgie diktierten Regeln. Verfasser zählt dabei alle die schlimmen Folgen auf, die auf Phimosis zurückzuführen sind: Miktionsbeschwerden, Inkontinenz, Prolapsus recti, entzündliche Prozesse am Penis, Masturbation, Spermatorrhoe, Behinderung der Peniswachstums, Neubildungen, Prädisposition zu venerischen Infektionen und Herpes praeputialis, Paraphimosis etc. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Grundzüge einer allgemeinen Pathologie des Gefäfssystems, von Lukjanow. (Veit & Co., Leipzig. 1894.) Um seine Arbeiten den deutschen Lesern leichter zugänglich zu machen, hat Verfasser sein ursprünglich in russischer Sprache erschienenes Werk nunmehr auch in deutscher Sprache veröffentlicht. Gleich den vor zwei Jahren erschienenen *Grundzüge einer allgemeinen Pathologie der Zelle* stellt auch dies Werk einen Teil des Universitätskursus dar, den Verfasser über allgemeine Pathologie abhält. Verfasser hat die wissenschaftlichen Ergebnisse verschiedenster Herkunft benutzt und führt so die wichtigsten Thatsachen, welche das Gefäfssystem mit Bezug auf seine krankhafte Thätigkeit charakterisieren, in exakter und umfassender Weise vor. Den Schlufs bildet, sehr wünschenswerter Weise, eine genaue Litteraturangabe.

F. Hahn-Bremen.

Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, von Ed. Lang. Zweite Auflage. (J. F. Bergmann, Wiesbaden. 1895.) Es liegt nunmehr auch die zweite umgearbeitete und erweiterte Auflage von Langs Werk über die Syphilis vor, und damit hat unsere Wissenschaft wiederum eine treffliche Bereicherung erfahren. Das umfassende Werk, welches aus der Feder des vielerfahrenen Autors hervorgegangen ist, hat den grofsen Vorzug, dafs es die in langjähriger Praxis gewonnenen subjektiven Erfahrungen treu widerspiegelt, und kann somit zu dem Besten gerechnet werden, was uns die neuere Publizistik gebracht hat. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Arterien der menschlichen Haut. Dreizehn stereoskopische Tafeln, nach Photographien eigener Präparate in Kupferdruck. Herausgegeben von Werner Spalteholz. (Veit & Co., Leipzig.) Verfassers Arbeit über die Verteilung der Blutgefäfse in der Haut erfährt durch die vorliegenden Bilder eine interessante Illustration. Es sind Photogramme von Originalpräparaten, welche für stereoskopisches Sehen hergestellt sind. Es ist leicht verständlich, dafs nicht geringe technische Schwierigkeiten bei der Anfertigung dieser Bilder zu überwinden waren. Verfasser giebt in einer Vorrede eine genaue Darstellung der verwendeten Instrumente und aller kleineren Kunstgriffe. — Man findet in den Bildern Reproduktionen der Blutgefäfse der verschiedensten Stellen der Körperoberfläche, sie sind alle als gut gelungen zu bezeichnen. Ob man gerade durch die Betrachtung derselben sich eine ganz klare Vorstellung von der Verteilung der Blutgefäfse machen kann, sei dahingestellt, jedenfalls aber ist der Sorgsamkeit und dem grofsen Fleifse des Herausgebers nur vollste Anerkennung zu zollen. Diese gebührt aber auch dem Verlag, denn Druck, Papier und Ausstattung sind so, wie man sie sich immer wünschen möchte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Pigment der Haut, von Audry. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.* Dez. 1894.) — Diese sehr übersichtliche Abhandlung behandelt: 1. die Substanz des Pigmentes,

2. seine Topographie in der Haut und deren Adnexa, 3. den Ursprung und 4. das Schicksal des Pigmentes. In Bezug auf die beiden letzteren Punkte ist Verfasser der Ansicht, dafs das Pigment einen vollständigen Cyklus durchwandert. Vom Blute herkommend, gelangt es in die Epidermis (wo es zum Teil auch gebildet wird), wird aber hier nicht resorbiert, sondern bleibt in Zusammenhang, um von den Wanderzellen fortgeführt zu werden. Von diesen pigmentführenden Wanderzellen geht ein Teil in die Lymphbahnen über, ein anderer bleibt in den Interstitien der Bindegewebsgefäfse zurück, wo sie sich fixieren und in sternförmige Zellen umwandeln, die ihrerseits nicht als fixe Zellen, sondern als Klasmatocyten aufzufassen sind.

Was die Beziehungen zwischen dem Pigment der Cutis und demjenigen der Epidermis anbelangt, so konnte Verfasser, in Übereinstimmung mit anderen Forschern, in der Keimschicht grössere Mengen diffus verteilten Pigmentes nachweisen, während solches in der Cutis vollständig fehlte. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Weigertsche Fibrinfärbungsmethode und das Studium des Oberhautpigments, von Ehrmann. (*Archiv f. mikrosk. Anatomie*, Bd. 43.) Verfasser wendet sich gegen Kromayer, der auf Grund seiner Studien an nach Weigert gefärbten Präparaten eine neue Anschauungsweise über die Entstehung des Oberhautpigments entwickelt hatte. Für einen Teil von Kromayers Ansichten nimmt E. für sich die Priorität in Anspruch, z. B. für das Verhältnis der Protoplasmafasern zu den Pigmentkörnern. Andere Ansichten erklärt er nach seinen Untersuchungen für falsch, wie die Deutung der Blaufärbung als Zerfall der Protoplasmafasern, die Entstehung des Pigments aus den Protoplasmafasern, die Einwände Kromayers gegen die Einströmungstheorie etc. etc. Das nähere mufs im Original nachgelesen werden.

F. Hahn-Bremen.

Über die Entwickelung des Pigments bei urodelen Amphibien spricht S. Ehrmann. (*Centralbl. f. Physiologie.* 1894. No. 7.) Es giebt eine Reihe von Amphibien, deren reife Eier bereits Pigment halten (originär pigmentirte Eier), während eine andere Reihe sich aus pigmentlosen Eiern entwickelt. Bei den ersteren kann man nach dem Vortragenden die Pigmentirungen erklären durch Verschiebung des originären Pigments. Bei den nicht originär pigmentirten Eiern sind nicht blofs Ei, sondern auch Morula, Blastula, Gastrula, die Keimblätter und die sich daraus entwickelnden Organanlagen pigmentlos. Die ersten pigmentbildenden Zellen entstammen dem Mesoderm, sie sind verschieden von den Bindegewebszellen; Vortragender nennt sie Melanoblasten. Er schildert dann weiter die Vorgänge bei der weiteren Pigmentbildung und hält daran fest, dafs man Pigmentierungen in der Epidermis erst dann findet, wenn die Chromatophoren in derselben aufgetreten sind, und zwar im distalen Pol der oberflächlichsten Zellen unter dem Cuticularsaum, nachdem diese durch Ausläufer mit den Chromatophoren in Verbindung getreten sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Resorptionsgesetze bespricht L. Lewin (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. S. 329) und stellt folgende Sätze auf:

Jede gesunde Schleimhaut resorbiert, abgesehen von gewissen Modifikationen, direkt proportional der mit dem Mittel in Berührung kommenden Fläche; nur die Resorptionsfähigkeit der Blasenschleimheit für ätzende Stoffe ist gleich Null.

Die Resorption von der Schleimhaut steigt mit der Temperatur des Medikaments mit einer oberen Grenze von 42° C. Nur wo man lediglich lokale Wirkung haben will, sind die Medikamente kühl einzuführen.

Von der unverletzten Haut aus finden wässerige, sie nicht verändernde Arzenei lösungen oder eben solche mit Fett verriebenen Stoffe keinen Eingang in das Blut.

Die Haut führt aber sonst nicht resorptionsfähige Substanzen bis zu den resorbierenden Schichten, wenn:

a) die betreffenden Stoffe ätzen, die Haut in eine Wundfläche verwandeln;

b) die angewendeten Substanzen in flüchtigen Excipientien, wie Alkohol, Äther, Chloroform etc., gelöst sind;

c) gewisse, sehr fein in Fett verteilte Substanzen durch langes, energisches, Hautröte erzeugendes Einreiben in die Haut gedrückt werden und hier bis zu den Kreislaufsorganen vorrücken.

Das Unterhautbindegewebe, seröse Häute, Muskelgewebe und das parenchymatöse Gewebe der Organe verhalten sich wie Schleimhäute.

Wunden resorbieren wie Schleimhäute.

An der Hand einer Reihe von Beispielen zeigt Verfasser dann die Nutzanwendung der Resorptionsgesetze auf die Maximaldosen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hygiene.

Bericht über eine zum Studium der Prostitution und der Prophylaxe der venerischen Krankheiten unternommene Reise, von J. Jadassohn. (*Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.*) Da ich hier nur kurz auf die vorliegende, anregend geschriebene Arbeit eingehen kann, will ich nur die Thesen wiedergeben, in denen der Verfasser seine von den Beschlüssen der Berliner Kommission abweichenden Ansichten wiedergiebt:

1. Die Untersuchung der Genitalsekrete (Urethra und Cervix) auf Gonokokken ist ganz allgemein durchzuführen, so zwar, dafs sie bei jeder Prostituierten mindestens einmal im Monat vorgenommen wird.

2. Venerisch kranke Patienten von Armen- und Kassenärzten sind, falls sie dem Arzte nicht die genügende Garantie zu bieten scheinen, dafs sie eine ambulante Behandlung gründlich durchführen und eine Verbreitung ihrer Krankheit verhindern werden, einem Krankenhause zu überweisen und dort so lange zurückzuhalten, bis ihre ansteckenden Symptome geschwunden sind.

3. Armen-, Kassen- und Hospitalärzte haben das Recht, Patienten, die an einer erfahrungsmäfsig häufig recidivierenden venerischen Krankheit (Syphilis) leiden, nach Beendigung der Kur zu einem bestimmten, im einzelnen Falle zu bestimmenden Termine zur Untersuchnng wieder zu bestellen und sie zu einer erneuten Behandlung (eventuell in einem Hospital) zu veranlassen. Dadurch wird auch die Durchführung der Fournier-Neisserschen intermittierenden chronischen Syphilisbehandlung, für deren Prinzip von Jahr zu Jahr mehr Spezialärzte eintreten, in gröfserem Umfange, als es bisher möglich war, gewährleistet.

4. Mädchen, welche an einer venerischen Krankheit leiden und der Prostitution verdächtig sind, können, ehe sie wirklich inskribiert werden, zunächst einer wöchentlich einmaligen, gesondert von den Prostituierten stattfindenden polizeiärztlichen Untersuchung (zunächst für den Zeitraum von sechs Monaten) unterworfen werden, sollen aber jederzeit von dieser Untersuchung dispensiert werden, falls sie einen geordneten Lebensunterhalt (feste Stellung etc.) nachweisen.

Werden solche Mädchen wieder erkrankt gefunden, so müssen sie dem Hospital zur Behandlung überwiesen werden.

Die Hospitalärzte haben das Recht, solche Mädchen bis zu ihrer Heilung (bei der Syphilis mindestens bis zum Verschwinden der Symptome) im Hospitale zurückzubehalten und eventuell ihre Wiedervorführung nach einer bestimmten Zeit zu verlangen und durch die Polizei zu erzwingen.

5. a) Die Einrichtung von Bordellen ist in Deutschland zu gestatten.

b) Der Polizei steht das Recht zu, Prostituierte, welche die Kontrollvorschriften wiederholt übertreten, speziell die Untersuchung ohne ausreichende Entschuldigung versäumen, zum Eintritt in ein Bordell zu zwingen.

c) In den Bordellen ist der Ausschank von alkoholischen Getränken und der Verkehr von Zuhältern auf das strengste zu verbieten. Die Bordelle müssen vor allem auch in Bezug auf ihre wirtschaftliche Leitung einer sorgfältigen und energischen Beaufsichtigung unterworfen werden.

d) Die Prostituierten müssen unmittelbar bei ihrem Austritt aus dem Bordell auf ihre Gesundheit untersucht und zu diesem Zwecke von der Wirtin vorgeführt oder einem Schutzmann zur Vorführung übergeben werden.

6. Dermatologie und vor allem Syphilidologie sind bei der ärztlichen Staatsprüfung regelmäfsig zu prüfen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über die pathogene Wirkung der Sprofspilze als Beitrag zur Ätiologie der malignen Tumoren, von F. Sanfelice. (*Policlinico* 1895. No. 9.) Verfasser hat früher schon aus dem in Gärung begriffenen Safte einzelner Früchte einen Sprofspilz gezüchtet, der sich nicht allein als pathogen für Tiere (chronische Infektion mit Erzeugen von Tumoren in den Lymphdrüsen, sowie den Bauch- und Thoraxorganen), sondern als morphologisch identisch erwies mit den verschiedenen Bildungen, welche bei malignen Tumoren des Menschen beobachtet und als Coccidien bezeichnet wurden. Weitere Experimente haben nun gezeigt, dafs diese Pilzart (Blastomyceten) nicht allein für Säugetiere, sondern auch für Vögel pathogen sind, indem Inokulationen bei Hühnern zu Neubildungen ohne irgendwelche entzündliche Reaktion des umgebenden Gewebes geführt haben. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die therapeutische Wirkung der Toxine bei malignen Tumoren, von F. Campanini. (*Policlinico* 1895. Heft 7.) Verfasser hat in vier Fällen von Sarkom oder Carcinom (der Nasenhöhle, der Tonsillen, der Mamma und der Prostata), in denen die Operation kontraindiciert war, Injektionen mit Toxinen (von Streptococcus) gemacht, ohne jedoch dabei den geringsten therapeutischen Erfolg zu erzielen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Beeinflussung maligner Neubildungen durch eine künstlich erzeugte aseptische Entzündung, von Kronacher. (*Centralbl. f. Chir.* 1895. No. 20.) Die Thatsache, dafs akute Entzündungen, Erysipel, Lupus und maligne Neubildungen im günstigen Sinne beeinflussen können, veranlafste Verfasser, den Versuch zu machen, in solchen Fällen unter Absetzung von Bakteriengiften und Serum aseptische Entzündungen zu erzeugen, zu welchem Zwecke er Terpentinöl verwendet. Er hat beachtenswerte Veränderungen der Neubildungen danach beobachtet, über die er später berichten wird. Hoffentlich sind die Erfolge gut. Die Idee an sich ist gut, wenn auch durchaus nicht neu. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Beeinflussung maligner Tumoren durch künstlich hervorgerufene aseptische Eiterung, von Leon Krynski. (*Centralbl. f. Chir.* 1895. No. 30.) Gegenüber der von Kronacher gegebenen Anregung, die Erzeugung aseptischer Eiterungen mittelst Terpentinöls als Heilmittel bei malignen Tumoren zu benutzen, berichtet Verfasser über zwei auf diese Weise behandelte Fälle, in welchen die Patienten viele Schmerzen gehabt haben, ohne dafs irgend eine Besserung erzielt worden wäre. Er warnt vor diesem Verfahren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Klinische Erfahrungen über die Heilung des Krebses durch Krebsserum (Erysipelserum), von R. Emmerich und H. Scholl. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 17.) Sich stützend auf die Beobachtungen früherer Autoren über die Heilung maligner Geschwülste durch Erysipel und auf die erfolgreichen Versuche Emmerichs, Milzbrand durch Erysipelserum zu heilen, haben die Autoren ein Serum aus dem Blute von mit Erysipel infizierten Schafen mit allen möglichen Kautelen hergestellt, welches sie als „Specificum“ gegen Krebs bezeichnen und dementsprechend „Krebsheilserum“ nennen, und von dem sie annehmen, dafs es die „Krebsparasiten“ vernichtet. Dabei ist von vornherein zu bemerken, dafs hier das Wort „Krebs“ auch die Sarkome umfafst. Sechs Krankengeschichten führen sie als Beweis für ihre Ansicht an:

1. 54jährige Frau mit ausgedehntem, regionärem Carcinomrecidiv nach Exstirpation eines Mammacarcinoms. Nahezu vollkommene Heilung durch Injektion von im ganzen 50 ccm Serum.

2. Carcinomrecidiv nach Mammaexstirpation; drei kleinere, ein gröfserer Knoten. Die kleineren verschwinden nach täglichen Injektionen von 0,3—0,5 Serum, der gröfsere bleibt unverändert. Abbruch der Behandlung, da die Kranke das Spital verläfst.

3. Hoffnungsloser Fall mit Carcinom der Mamma, der Leber, der Pleura; starke Kachexie, Verkleinerung der äufseren Tumoren nach kurzer Serumbehandlung, die aber bei der Hoffnungslosigkeit aufgegeben wird.

4. Carcinomrecidiv nach Mammaexstirpation am Oberarm; Schwund des Knotens in 14 Tagen nach 20,0 Serum.

5. Grofses Mammacarcinom, infiltrierte gänseeigrofse Drüse in der Achselhöhle. Verkleinerung des Umfanges des Carcinoms um 8 cm, der Drüse um die Hälfte.

6. Kankroid am linken, äufseren Augenwinkel bei 65jähriger Frau. Ulceröser Zerfall des Tumors nach Seruminjektion; die Geschwüre haben, wie es scheint, die Tendenz zur Heilung.

Endlich führen die Autoren einen Sarmkomfall an, bei dem eine Verkleinerung und Erweichung des Sarkoms durch ihr Serum bewirkt ist.

Verfasser, welche an der Spezificität ihres Mittels nicht mehr zweifeln zu müssen glauben, halten die Ergebnisse für um so günstiger, je jünger das Carcinom ist. Die Dosis des Serums schwankt zwischen 1 und 25 ccm täglich, je nach der Ausdehnung der Tumoren und dem Kräftezustand der Patienten. Die Schmerzen sind unbedeutend, Fieber tritt zuweilen auf, ist dann aber mäfsig. Ein Pseudoerysipel, ein aseptisches Erysipel tritt ein, schwindet aber nach 24—48 Stunden; der Heilerfolg ist dem Grade der pseudoerysipelatösen Schwellung gewöhnlich proportional. Bei frischen Krebsen wollen die Autoren das Serum nicht statt, sondern trotz und vor der Operation verwendet wissen. (Die vorstehende Arbeit hat mit Recht viel Aufsehen in Ärztekreisen, leider auch bereits viele Hoffnungen in Laienkreisen erweckt, von denen wir fürchten, dafs sie sich nicht immer erfüllen werden. Vor dem wissenschaftlichem Forum würde die Arbeit wohl einen besseren Stand haben, wenn in ihr nicht mit dem Worte „Specificum“ herumgeworfen wäre, wenn das Serum nicht den vielversprechenden, stolzen Namen „Krebsheilserum“ erhalten hätte, wenn nicht von einer Vernichtung der bisher doch noch ganz in der Luft schwebenden „Krebsparasiten“ als von etwas Selbstverständlichem gesprochen, und — last not least — wenn ein gröfseres Material beigebracht, d. h. vor allem noch ein Jahr mit der Publikation gewartet worden wäre. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über „Paget's disease of the nipple“ nebst Mitteilung eines typischen und hochgradigen Falles dieser Krankheit, von M. W. af Schultén. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. XLVIII. Heft 4.) Nach einem kurzen Abrifs der Litteratur über die

Pagetsche Krankheit schildert Verfasser einen selbst beobachteten Fall. Eine 69jährige Frau, die neun Kinder selbst gestillt hatte, bekam zuerst vor 15 Jahren Rötung, Anschwellung und oberflächliche Eiterung der Haut an der äufseren Fläche der rechten Brustwarze. Trotz aller Heilversuche ging der Prozefs langsam weiter. Die Haut an der Brust zeigte glatte, glänzende, leicht feuchte Stellen, war aber weich, während die Mamma immer mehr indurierte. 1883 wurde die Mamma, aber die kranke Haut nicht in ihrer gesamten Ausdehnung exstirpiert. Die Mamma erwies sich als carcinomatös. Das Hautleiden dehnte sich von dem zurückgebliebenen Rest immer weiter aus, so dafs schliefslich mehr als die ganze rechte Thoraxhälfte und auch der rechte Oberarm ergriffen war; an der Stelle der rechten Mamma bildete sich ein neuer Krebsknoten. Die Kranke starb 1891. Die Untersuchung der erkrankten Haut ergab Zerfall und Proliferation der Epidermis nebst Haarfollikel, Bildung epithelialer Ausläufer, meistens in Form von Strängen, in das Corium hinein, kleinzellige Infiltration der oberen Schichten des Coriums. Unter den epithelialen Gebilden finden sich Zellen, welche den von anderen geschilderten Psorospermien entsprechen. Dieselben Zellen waren auch in dem Carcinomknoten zu finden, was Delbet bestreitet.

Der Verfasser erörtert nicht die Frage, ob es sich wirklich bei der Pagetschen Krankheit um eine Psorospermose handelt. Er glaubt aber im Gegensatz zu Kaposi und Delbet, dafs das Leiden eine selbständige Stellung einnimmt; es steht dem Krebse nahe, ist vielleicht durch dieselbe Ursache hervorgerufen, entwickelt sich aber in einer ganz anderen Form. — Der Arbeit sind Abbildungen beigegeben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung von Sarkomen mit den Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus, von W. B. Coley. (*Americ. med.-surg. bull.* 1895. No. 9.) 1. Inoperables Spindelzellensarkom bei einem 40jährigen Mann. Verschwinden und Wiedererscheinen des Tumors nach Injektion von Erysipeltoxinen und virulenten Keimen. Erst nach Injektion eines Gemisches von Toxinen des Erysipelcoccus und des Bacillus prodigiosus tritt Heilung ein. 2. Inoperables, seit sechs Monaten bestehendes Spindelzellensarkom der Bauchwandung bei einem 16jährigen Knaben. Heilung nach drei Monaten, kein Recidiv. 3. Spindelzellensarkom, das von der linken Scapula ausgegangen war und zu Beginn der Behandlung die ganze linke Thoraxwandung einnahm. Es werden acht Monate hindurch mit nur geringen Unterbrechungen Kulturen von Erysipelkokken und Bacillen, die auf dem nämlichen Nährboden gewachsen waren, ohne vorherige Filtration in den Tumor injiziert. Nach dieser Frist Heilung, kein Recidiv.

Unter 39 Fällen hat C. neunmal Erfolge zu verzeichnen. In einem Fall war nach nahezu vier Jahren noch kein Recidiv eingetreten. Melanosarkome und Myxosarkome werden nicht günstig beeinflufst. Die besten Erfolge werden bei den Spindelzellensarkomen beobachtet. Nach Injektion von lebenden Keimen wurden zwei Todesfälle, nach Injektion von Toxinen mit Ausnahme von zwei Fällen keine gefährlichen Symptome gesehen. *H. Einhorn-München.*

Über Impfung von Sarcoma melanoticum carcinomatodes, von Jürgens. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 21.) Ein Kranker starb ein Jahr nach der operativen Entfernung eines melanotischen Sarkoms am Ohr an zahlreichen Metastasen im Gehirn, Dünndarm, Mesenterialdrüsen, Pancreas. Mit dem Material des Pancreastumors wurden sechs Kaninchen geimpft. Es entstanden um die Impfstellen im Omentum, Mesenterium melanotische Tumoren, bei einem Tier aber auch fern von den Impfstellen im rechten Herzen. Die pathogenen Organismen der Tumoren sind runde oder ovale braunschwarze Körper, wahrscheinlich pigmenttragende Coccidien. Ihre Gröfse schwankt von der eines Kernkörperchens bis zu der eines roten Blutkörperchens. Die kleineren

Formen findet man am besten fern von den Tumoren im Endothel des Mesenteriums und Omentums. Dieselben sind Zellschmarotzer. Die Proliferation der entstehenden Neubildungen geht aus vom Endothel des Peritoneums. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Endothelioma tuberosum colloides, von E. Kromayer. (*Virch. Arch.* 1895. Bd. 139.) Die eine Patientin hatte auf Brust, Hals und Gesicht zahlreiche mohnkorn- bis linsengroſse derbe Knötchen von gelblicher Farbe, serösen Bläschen ähnlich, doch entleerte sich beim Einstich keine Flüssigkeit. Mikroskopisch zeigt sich die Cutis zellreich, die Zellkerne stehen durch Protoplasmaausläufer in Verbindung und bilden so Zellreihen und Zellstränge, die an einzelnen Stellen cystische Ausbuchtungen aufweisen, deren Inhalt aus kolloider Substanz besteht. Wir haben also eine Wucherung der festen Bindegewebszellen der Cutis vor uns, die sich in den Bindegewebs- oder Lymphspalten ausbreitet: ein Endotheliom, dessen Gerüst das Cutisgewebe selbst bildet. Ähnliche Fälle sind als Lymphangioma tuberosum Kaposi etc. etc. beschrieben. Verfasser weist die Identität seines Falles mit den von dem Autor beschriebenen nach und spricht sich gegen die Bezeichnung „Lymphangioma" aus, da von einem Endothel der Lymphgefäſse der Cutis nicht die Rede sein könne. Zum Schluſs theilt Verfasser einen zweiten einschlägigen Fall mit. *F. Hahn-Bremen.*

Über verkalkte Endotheliome im Unterhautbindegewebe, von Georg Perthes. (*Beitr. z. klin. Chir.* 1894.) Die von Trendelenburg ausgeführte Exstirpation von zwei symmetrisch am lateralen Fuſsrande gelegenen, durch Fisteln Kalk entleerenden, knorpelharten, knollig-höckerigen Tumoren, welche sich als verkalkte Endotheliome erwiesen, giebt Verfasser Veranlassung, diese Neubildungen eingehender zu studieren. Er hat 30 Fälle in der Litteratur gefunden. Sie entstehen durch Wucherung der Zellen bestimmter Gebiete des Lymphgefäſssystems. Die Zellen sind stellenweise perivaskulär angeordnet, stets aber interfascikulär, d. h. zwischen normalen Bindegewebsbündeln. Die Verkalkung betrifft vornehmlich die hyalin degenerierten Riesenzellen; die Degenerierung ist die Folge mangelhafter Ernährung durch Verlegung der Lymphwege und der arteriitischen Prozesse in den kleinen Arterien. Hämatogenes Pigment findet man in besonderen Pigmentzellen und in den Saftkanälchen.

Das klinische Bild ist folgendes: Die Tumoren sind erbsen- bis faustgroſs, hart; die Haut über denselben ist normal oder durch scharfrandige Fisteln unterbrochen, welche Kalk entleeren. Die Grenzen der Neubildungen sind bald mehr diffus, bald scharf. Der Durchschnitt erscheint maschig, kalkhaltige Alveolen einschlieſsend. Viermal war das Auftreten ein multiples. Symmetrie ist beobachtet. Die Tumoren wachsen sehr langsam, sind gutartig. Weder Metastasen, noch Recidive sind beobachtet. Meist ist im jugendlichen Alter der Beginn der Neubildung festgestellt. Schmerzen sind nicht vorhanden. Die Ursache ist unbekannt, möglicherweise liegen kongenitale, histologische Miſsbildungen zu Grunde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Xanthoma tuberosum, von Frèche. (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux.*) Der Patient weist eine Menge kleiner, halbkreisförmiger Knötchen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröſse auf. Sie haben eine hellgelbe Farbe, sind hart und auf ihrer Unterlage beweglich. Am zahlreichsten sitzen sie am Nacken, dem Gesäſs, den Ellenbogen und der Hinterfläche der Vorderarme. Der Rücken ist namentlich an seiner rechten Seite mit ganz kleinen Knötchen wie besäet. Auch im Bart und um den After herum trifft man die Elemente. In fast allen Knötchen des Bartes, des Nackens und des Rückens sitzt ein zentrales Haar. Die Augenlider und der Mund sind frei. In geringerer Menge sitzen die Knötchen auf den Handflächen und Fuſssohlen. — Patient sieht stark ikterisch aus; Milz und Leber sind vergröſsert. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von Molluscum fibrosum, von F. K. Green. (*Lancet.* 20. April 1895.) Ein 61jähriger Mann wurde wegen Osteosarkoms des Vorderarmes aufgenommen und operiert; er starb, wie die Autopsie ergab, an disseminiertem Spindelzellensarkom der Lunge. Das Interessante bei diesem Fall war die eigentümliche Pigmentierung der Haut und die Komplikation mit unzähligen warzigen Gebilden derselben und des subkutanen Gewebes. An der linken Seite des Gesichts war die Cutis hypertrophiert und hing in einer dicken Falte am Unterkiefer, wie bei den Schweifshunden, herunter. Mit Ausnahme des Gesichts war der ganze Körper mit Pigmentflecken, wie Sommersprossen, dicht übersäet. Manche Flecke waren so grofs etwa wie ein Fünfpfennigstück. Aus dem Jahre 1828 führt Verfasser eine ähnliche Beobachtung an und fragt, ob sonst die Komplikation von Molluscum fibrosum mit Pigmentierungen schon mehr beobachtet worden sei. *Philippi-Remscheid.*

Bemerkungen über das Epithelioma contagiosum und Coccidium oviforme, von J. Jackson Clarke. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenkde.* 1895. No. 7 u. 8.) Verfasser fand in einem Falle von Epithelioma contagiosum neben Molluscumkörperchen sich lebhaft bewegende, Geifseln tragende Körperchen mit einem rundlichen Kopf von der Gröfse eines roten Blutkörperchens.

Verfasser tadelt bei dieser Gelegenheit die von Kromayer geübte Methode der Untersuchung auf Protozoen und verwirft vor allem die Alkoholhärtung; gesättigte Sublimatlösung in 0,75%iger Kochsalzlösung oder eine Mischung dieser mit 5%igem doppelt-chromsaurem Kalium (Foà) ist zweckmäfsig. Die Schlüsse Kromayers sind deshalb nicht mafsgebend. Mitteilungen über die Morphologie des Coccidium oviforme beschliefsen die kleine Arbeit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bericht über einen Fall von spitzen Kondylomen des Penis, welche durch die Resorption ihres septischen Sekrets Phimose und Lymphangitis, sowie sekundäre Gangrän des Dorsum hervorriefen, von R. Guitéras. (*New York med. Journ.* 27. April 1895.) Patient, ein 18jähriger Hausknecht, bemerkte sechs Monate vor der Aufnahme und zwei Wochen nach geschlechtlichem Verkehr ein ihn im übrigen wenig belästigendes Gewächs unter der Vorhaut in der Nähe des Frenulums. Bei der Aufnahme fand sich eine ungeheure, die Glans fast verhüllende und ein fötides, eiteriges Sekret absondernde Masse spitzer Kondylome unter der Vorhaut, sowie bald nachher ein Abscefs auf der Dorsalseite des Penis. Die Behandlung umfafste Waschungen mit Sublimatlösung, Incision und Kauterisieren der Gangränstelle, Abwaschungen mit H_2O_2, Einpudern mit Jodoform und gepulverter Holzkohle (ää), Abspülungen mjt permangansaurem Kalium, Pudern mit Borsäure, Kalomel und Bismut (ää), und schliefslich die Cirkumcision. Patient wird nach etwa zwei Monaten geheilt entlassen. *Philippi-Remscheid.*

Kurze Bemerkungen zu einigen neueren Arbeiten über Condylomata acuminata und Mitteilung einer neuen Behandlungsmethode derselben, von Thimm. (*Reichs-Med.-Anz.* 1895. No. 13—15.) Nach einem Berichte über die Nervenbefunde an spitzen Kondylomen und die Beschaffenheit ihrer Hornschicht beschreibt Verfasser, der die Kondylome ätiologisch nicht immer auf Blennorrhoe zurückführt, eine auf der Josephschen Poliklinik übliche Behandlungsweise. Besonders für ausgedehnte, mit Kondylomen besetzte Flächen war ein neues Verfahren sehr erwünscht, da auch das von Boeck empfohlene Resorcin nicht immer genügt, langsam wirkt, entzündlich reizt und nicht strenge lokalisiert werden kann. Alle diese Übelstände vermeidet man bei Anwendung des Formalins (Schering), welches die Eigenschaft hat, auf die tierische Haut lederbildend einzuwirken. Da die erste Applikation besonders schmerzhaft ist, wird die betreffende Stelle womöglich vorher kokainsiiert

und dann mit Formalin bestrichen. Eventuell wird mit kaltem Wasser gekühlt. Die umgebende Haut, resp. Schleimhaut wird durch Vaselin geschützt. Auf die bepinselte Fläche kommt Puder und Watte. Die Pinselung wird an mehreren Tagen wiederholt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Salomoni berichtet (*Rif. med.* 1895. No. 131 u. 132) über einen Fall von **Gesichtsneuralgie mit Auftreten von symmetrischen Lipomen** an den oberen Extremitäten bei einer 57jährigen Frau, welche gleichzeitig an chronischer Endometritis litt. Eine entsprechende Behandlung dieser letzteren brachte baldige Heilung der Neuralgie herbei. Verfasser zweifelt nicht, dafs die Lipome der nervösen Affektion ihre Entstehung verdanken. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Adenot beschreibt (*Lyon méd.* 1895. No. 12) einen Fall von **plexiformem Neurom**, welches am unteren Teile des rechten Unterschenkels einen 8 cm langen und 5 cm breiten Tumor bildete (zehnjähriger Knabe), welche Dimensionen derselbe nur sehr allmählich (in sechs Jahren) erreicht. Die Haut über der Geschwulst, besonders in deren unteren Hälfte, war deutlich hyperpigmentiert. Excision des Tumors. Mikroskopisch stimmte die Neubildung genau überein mit dem „Névrome cylindrique plexiforme" von Verneuil. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über eine kongenitale Geschwulstform des oberen Augenlides und der Schläfenjochbeingegend spricht J. Israel (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 28.) Der Vortragende stellt einen Fall vor mit einer erheblichen schürzenförmigen Verlängerung und Verbreiterung des oberen Lides, das übergeht in eine lappige, wulstartige, weiche Geschwulst in der Regio zygomatica und temporalis. Die Haut über diesen Geschwülsten ist dunkel, bronzeartig pigmentiert. Aufserdem bestehen Paresen im Gebiete des Facialis, trophische Störungen in der betreffenden Gesichtshälfte. Solche Fälle hat der Vortragende vier gesehen; sie zeigten alle aufser den genannten Veränderungen an anderen Körperstellen Naevi, Pigmentierungen, Angiektasien, Cutis pendula. Der vorgestellte Fall hat noch einen völligen Defekt der Pektoralportion des Pectoralis major. Die Tumoren stellen sich histologisch als fibröskavernöse Blut- oder Lymphgeschwülste dar. In zwei Fällen hatten sie durch Fortsetzung in die Orbita pulsierenden Exophthalmus erzeugt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über naevusartige Knäueldrüsenadenome, von Villard und Paviot-Lyon. (II. franz. Kongrefs für innere Medizin, Bordeaux, im August 1895.) Die betreffenden Tumoren, welche bei Kindern exstirpiert worden waren, sahen klinisch aus wie Naevi materni, erwiesen sich aber histologisch als Knäueldrüsenadenome. Klinisch zeichnen sie sich aus (im Gegensatz zu den eigentlichen Naevis): 1. durch eine geringere Vaskularisation, indem sie sich nicht vollständig komprimieren lassen, in der Peripherie keine dicken Gefäfse führen, ihre Färbung durch leichten Druck verlieren und keine starke Blutung bei der Exstirpation verursachen; 2. dadurch, dafs auch bei heftiger Kompression (die alles Blut aus den Gefäfsen jagt) und nach der Exstirpation der Neubildung noch immer ein Tumor zurückbleibt; 3. durch ihre Ausbreitung an Ort und Stelle oder auch an verschiedenen Hautregionen.

Die Gefäfse waren in den untersuchten drei Fällen aufserordentlich zahlreich und erweitert, ihre Wandung aber auf das Endothel und eine dünne Bindegewebshaut reduziert; das Lumen wird oft blofs durch den blutigen Inhalt markiert und ist rings von Epithelzellen umgeben, den Knäueldrüsengängen. Pigmentablagerungen fehlten vollständig. (*Sem. méd.* 1895. No. 42.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Klinische Bemerkungen über Fälle von Akromegalie und Osteo-Arthropathie, von G. R. Murray-Durham. (*Brit. med. Journ.* 9. Febr. 1895.) Verfasser be-

schreibt drei hierher gehörige Fälle, von denen der erste einen 34jährigen, verheirateten Gasarbeiter, Vater von vier gesunden Kindern, betraf. Seitdem er durch Einatmen von Kohlenoxyd einmal bewufstlos fortgetragen worden war, fühlte sich der Patient nie mehr recht gesund. Sechs Monate nach dem Unfall empfand er in Anfällen auftretende Schmerzen in den Fingern und Fingergelenken. Im Laufe der nächsten zwei Jahre bemerkte er, ebenso wie seine Freunde, dafs sein Gesicht, namentlich Nase und Unterkiefer, ferner die Finger, die Füfse gröfser und dicker zu werden schienen. Verfasser beschreibt die Dimensionen der einzelnen Körperteile genauer. Der Patient hatte vor 17 Jahren Syphilis gehabt. *C. Berliner-Aachen.*

Akromegalie und Trauma, von Prof. UNVERRICHT. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 14 u. 14a.) In ausführlicher Weise wird über einen Fall von Akromegalie berichtet, der besonders nach zwei Richtungen hin merkwürdig erscheint. Erstens bot derselbe in Bezug auf die noch nicht oft beschriebenen Sehstörungen interessante Befunde dar, zweitens erlangte er in forensischer Hinsicht, resp. für die Unfallversicherung dadurch eine gewisse Bedeutung, dafs der betreffende Kranke von einer Seite als Riese aufgefafst und sein angeblicher Kräfteschwund und seine nervösen Beschwerden als Simulation bezeichnet wurden, von anderer Seite aus den subjektiven Angaben des Kranken das Bild der „traumatischen Neurose" konstruiert ward. Das Vorhandensein einer Reihe nervöser Störungen wurde konstatiert, sowie die Thatsache, dafs die Kraft der Muskeln im umgekehrten Verhältnisse zur Körpergröfse steht. Ferner erwiesen sich in der charakteristischen, von MARIE beschriebenen Weise die Enden der Gliedmafsen von der Gröfsenzunahme betroffen und zeigten sich ganz unregelmäfsige Knochenwucherungen. Hände und Füfse sind besonders gewachsen. Ganz charakteristisch erweist sich der Schädel. Hier springen die Augenbrauenbogen und die Jochbeine in typischer Weise hervor, durch das Wachsen des Gesichtsschädels ist das Aussehen des Kranken im Vergleich mit früher ganz verunstaltet. Für die vom Patienten geklagten Sehstörungen, wie Flimmern, Schwäche beim Sehen, Schwierigkeiten beim Lesen, ergaben sich objektiv deutliche Veränderungen im Sehapparat: es fand sich nämlich die charakteristische bitemporale Hemianopsie. Damit ist das Vorhandensein der Akromegalie über jeden Zweifel erhaben.

Von grofser praktischer Bedeutung ist die Frage, ob zwischen Trauma und Akromegalie ein Zusammenhang besteht. Es findet sich in der That ein nicht unerheblicher Procentsatz, in welchem die Erkrankung von den Beobachtern mit einer Verletzung in Verbindung gebracht wird; auch für den beschriebenen Fall läfst sich an einen solchen Zusammenhang glauben. Entschieden ist die Frage gewifs noch nicht; aber es dürfte gerechtfertigt und zweckmäfsig sein, den Berufsgenossenschaften gegenüber den Standpunkt einzunehmen, dafs die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Unfall und Akromegalie nicht von der Hand zu weisen sei.

Neuhaus-München.

Akromegalie (MARIE), Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique (RANZIER) und PAGETsche Knochenkrankheit. (*Journ. de Méd. et de Chir.* 1895.) Diese drei Affektionen zeigen zwar untereinander eine gewisse Ähnlichkeit, differieren aber trotzdem wesentlich voneinander. Während nämlich die Akromegalie eine primäre Affektion darstellt, die Wirbelsäule und das Skelett des Thorax in toto, der Hände und Füfse besonders in der Breite und Dicke, des Gesichtes bis zu riesenhaften Proportionen ergreift, bildet die zweite oben angeführte Krankheit (Ostéo-arthrop. hypertr. pneum.) eine sekundäre Affektion nach chronischen Krankheiten der Luftwege (Pleura, Lungen, Bronchien). Das Gesicht und die Kieferknochen sind hier unverändert, meist auch die Wirbelsäule. Die befallenen Knochenteile (Handgelenk, Finger) sind nicht nur hypertrophiert, sondern deformiert; die Weichteile bleiben, im Gegen-

satze zur Akromegalie, am Prozesse unbeteiligt. Bei der deformierenden Ostitis von Paget erscheint besonders der Schädel im Verhältnis zum Gesichte stark hypertrophiert, ferner die langen Röhrenknochen (charakteristischer Gang). Letztere Affektion wurde genauer beschrieben von Thibierge. (Nach *Presse méd. belge.* 1895. No. 15.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz.)

Chantemesse stellt einen Fall von **Syringomyelie in Gestalt einer Akromegalie** bei einem 42jährigen Manne vor. (*Progr. méd.* 1895. No. 15.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Pseudomelanose, von Arnold. (Vortrag, nach *Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 23.) In dem betreffenden Falle waren im Anschluſs an ein recidivierendes Gesichtserysipel linsengroſse, unter der Epidermis dunkel durchscheinende Knötchen auf beiden Wangen aufgetreten. Bei der Spaltung zeigte sich das gesamte Unterhautfettgewebe im Bereich der Infiltration schwarz gefärbt; erst in groſser Tiefe kam Eiter. Solche Abscesse traten später auch an anderen Körperstellen auf, zum Teil unter Bildung von Gas. Innerhalb 1½ Jahren muſsten 650 Abscesse eröffnet werden, dann trat Heilung ein.

Die Abscefsbildung ist als metastatische Infektion aufzufassen. Das Gas war wahrscheinlich Schwefelwasserstoffgas.

Die schwarze Färbung der Abscefswände wurde durch eine rauchgraue bis schwarze Tinktion der Fettzellenmembranen, der elastischen und bindegewebigen Faserzüge, sowie der elastischen und bindegewebigen Bestandteile gröſserer Gefäſse bedingt; der Inhalt der Kapillaren und deren Membranen waren gleichfalls rauchgrau gefärbt. Alle diese Gebilde gaben deutliche Eisenreaktion. In der Umgebung der Herde traf man teils frische, teils ältere in verschiedenen Stadien der Pigmentumwandlung befindliche Blutungen. Die Zellen enthielten teils schwarze, teils grüngelbe bis braune Körnchen; auſserdem war das Protoplasma der Zellen, namentlich auch der zahlreichen Riesenzellen, gelbgrün bis rauchgrau gefärbt.

Diese Pigmentzustände seien zu vergleichen mit der sog. Pseudomelanose, bei welcher ja auch als vitaler Vorgang eine Hämosiderinbildung vorausgesetzt werden muſs, während die Bildung von Schwefeleisen auf die während der Fäulnis erfolgende Entwickelung von Schwefelwasserstoff zurückzuführen ist. Im vorliegenden Falle haben beide Prozesse während des Lebens sich vollzogen, und ist derselbe deshalb als ein Beispiel vitaler Pseudomelanose aufzufassen. *Neuhaus-München.*

Beitrag zur Pathologie der Addisonschen Krankheit, von C. Gioffredi und A. Zinno. (*Rif. med.* 1895. No. 88 und 89.) Genaue und lange Zeit fortgesetzte Harnuntersuchungen haben ergeben, daſs bei der Addisonschen Krankheit die Toxicität des Urins vermehrt ist und daſs zuweilen mit dieser vermehrten Toxicität eine Verminderung der Harnmenge parallel geht. Gestützt auf diesen Befund, glauben die Verfasser die Pathogenese des Addison mit der Autointoxikationstheorie von Marino-Zucco, Albanese, Pellacani in Zusammenhang zu bringen, wonach sich im Blute eine abnorme Menge von Neurin ansammelt, das von den anatomisch oder funktionell geschädigten Nebennieren nicht mehr zerstört, umgeformt, sondern aufgespeichert wird.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von Morbus Addisonii, von Kenelm Winslow. (*Bost. med. Journ.* 11. Juli 1895.) Der Patient ist ein 28 Jahre alter Mann, dessen Familienanamnese ohne Belang. Er selbst hatte Blennorrhoe und sehr wahrscheinlich Lues. Seit einiger Zeit fühlte er sich sehr schwach, so daſs er die Arbeit aussetzen muſste. Seit Wochen Appetitlosigkeit, Übelkeit und oft tagelang Erbrechen; er ist abgemagert. Als er vor einem Jahre für längere Zeit in Geschäften verreist war, fiel seiner Umgebung bei

seiner Rückkehr seine Abmagerung und Schwäche auf, er erschien ihnen so dunkel geworden, dafs sie scherzweise daran zweifelten, ob er ein „Weifser" sei.

Von ärztlicher Seite wurde der Sache keine Wichtigkeit beigelegt, er mufste sich diät halten, bekam Wismut und Kalkwasser.

Als Verfasser den Patienten zum ersten Male sah, klagte er über grofse Schwäche, Schlaflosigkeit und Erbrechen, hatte aber keine Schmerzen. Patient war äufserst abgemagert, Gesicht und Arme bis zur Schulter beinahe schwarz. Conjunctiva hell und weifs, in der Leistengegend und am übrigen Körper wenig markierte Pigmentation.

Puls kaum fühlbar, dünn, 90 in der Minute, Temperatur normal, Hände kalt und klebrig, im Urin weder Zucker, noch Albumen, spezifisches Gewicht 1015, Zunge belegt.

Thorax fafsförmig, Herz und Lunge ergeben nicht Besonderes, auch die Unter suchung des Abdomens ergiebt nichts Bemerkenswertes. Der Patient wird in ein Hospital aufgenommen, wo er nach drei Tagen stirbt.

Bei der Sektion wird keinerlei Veränderung der Nebennieren gefunden; die Diagnose wurde auf Grund der charakteristischen Symptome während des Lebens gestellt: Pigmentation der Haut, Schwächezustände mit Übelkeit und schwerem Erbrechen. *Karl Ries-Berlin.*

Ein Fall von Morbus Addisonii; Autopsie, von C. C. Aitken. (*Lancet.* 13. April 1895.) Ziemlich ausführlicher Bericht über die klinischen Erscheinungen eines ausgesprochenen Falles dieser Affektion und Sektionsbefund. Aus letzterem ist als das wichtigste folgendes hervorzuheben: Die rechte Nebenniere war in ihrem unteren Teile ganz hart und verkalkt; an Stelle der linken fand sich eine käsige, knollige Masse von 2½ Zoll Durchmesser, welche auf dem Querschnitt abgerundete, verkäste Stellen von gelber Farbe mit dazwischenliegenden Streifen von dunkler gefärbtem, faserigem Gewebe. Beide Nebennieren waren deutlich abgegrenzt, aber von einer beträchtlichen Menge von Bindegewebe umgeben, worin viele mit dem Plexus solaris in Verbindung stehende Nervenfasern eingeschlossen waren. An den anliegenden Ganglien und an den Lymphdrüsen war jedoch nichts Abnormes zu bemerken. *Philippi-Remscheid.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Striae distensae cutis, von Georg Jacobsohn. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 46 u. 47.) Verfasser giebt an der Hand der bezüglichen Litteratur eine Darstellung der Striae distensae cutis, die sehr erschöpfend ist, im übrigen nichts Neues bringt. Ich möchte mir dazu die Bemerkung erlauben, dafs der Begriff der Striae distensae nicht immer scharf begrenzt wird. Nicht jeder atrophische Streifen oder Fleck zählt hierher. So halte ich es für unrichtig, wenn Oppenheimer atrophische Flecke, welche als Reste eines papulo-makulösen und krustös-squamösen Syphilids zurückbleiben, hierher zählt. Sekundär infolge entzündlicher Prozesse in der Haut entstehende Atrophien haben mit den spontan, ohne vorausgegangene örtliche Veränderung entstehenden, zuweilen mit Hämorrhagien einhergehenden Atrophien, die einer Dehnung mit oder ohne trophische Störung ihre Entstehung verdanken, nichts zu thun. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ascoli stellte **zwei Fälle von Hemiatrophia linguae** vor, von denen der erste einen jüngeren tuberkulösen Mann betraf, bei dem Caries der Halswirbel mit Pachymeningitis und Neuritis des Hypoglossus der entsprechenden Seite konstatiert wurde. Eine roborierende Diät führte zu bedeutender Besserung des Zustandes.

Beim zweiten Patienten war die Ätiologie weniger klar; vielleicht handelte es sich um Polyneuritis oder Syringomyelie. (*Rif. med.* 1895. No. 133.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Beurteilung der Folgen von Verletzungen an Unterschenkeln mit varikösen Venen, von L. Becker. (*Ärztl. Sachverständigenztg.* 1895. No. 12.) Die bei der heutigen Ausbreitung des Versicherungswesens zweifellos häufig zur Entscheidung den Ärzten vorgelegte Frage, welche Bedeutung die Folgen von Verletzungen an Unterschenkeln mit varikösen Venen haben, bespricht Verfasser in klarer Weise. Er setzt die an Phlebektasien der Unterschenkel sich anschliefsenden Störungen auseinander, die Ödeme, Ekzeme, Phlebitiden, die hypertrophischen und atrophischen Veränderungen, zeigt den hohen Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Sehr wichtig ist es, wenn der Verfasser betont, dafs man die Leistungsfähigkeit der von dem Leiden betroffenen Leute nicht nach dem Zustande beurteilen darf, in dem sie das Krankenhaus verlassen, wo sie geruht und meistens horizontal gelegen haben. Man mufs bedenken, dafs die subjektiven und objektiven Erscheinungen sofort wieder in erheblichstem Mafse zunehmen, sobald die Betreffenden arbeiten, stehen und gehen müssen. Verletzungen, die ein variköses Bein treffen, können das Leiden so verschlimmern, dafs die vorher durch dasselbe im Berufe nicht gestörten Kranken arbeitsunfähig werden. Ein begutachteter Fall wird geschildert. (Es ist wohl nicht übrig, bei dieser Gelegenheit darauf hinzuweisen, wie wichtig das prophylaktische Tragen von Leimverbänden für die Erhaltung des Status, in dem der betreffende Kranke aus der Behandlung scheidet, ist. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Operation der Unterschenkelvaricen nach Trendelenburg, von Georg Perthes-Bonn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 16.) Die Unterbindung und Durchschneidung der Saphena magna, wie sie Trendelenburg empfohlen und ausgeführt hat, hat nicht allein für die Beseitigung der Varicen einen grofsen Erfolg, sondern, was für uns hier wichtiger ist, alle Ulcera cruris heilten nach Ausführung der Operation in kürzester Zeit. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ball empfiehlt folgende **Nahtmethode bei der Behandlung der Varicen.** (*The Practitioner.*) Bei Varikocele macht er eine ca. 1 Zoll lange Incision, legt den Venenplexus blofs, fixiert eine Zange am Plexus und eine andere am Nebenhoden, entfernt die dazwischenliegende Masse, legt eine kontinuierliche Catgutnaht an, welche die beiden Flächen verbindet, und entfernt die Zangen. Ähnlich verfährt er bei Naevis und Varicen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Unterschenkelgeschwüre behandelt Tillaux intern mit

Kal. jodat.	15,0
Tinct. jodi	gtt. 30
Aq. dest.	300,0

Daneben äufserlich alle 3—5 Tage Touchieren der Wundfläche mit 5—10%iger Chlorzinklösung, darüber Kompressionsverband mit Quecksilberpflasterstreifen. Erneuerung des Verbandes alle 3—4 Tage. Die entstandene Narbe wird gefestigt, indem man sie mit gesättigter Pikrinsäurelösung bepinselt oder den Sonnenstrahlen, resp. der strahlenden Wärme des Ofens aussetzt. (*Wien. med. Presse.* 1894. No. 85.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Sengenssе beschreibt (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1895. No. 25) einen Fall von **diabetischer Phlegmone mit Gangrän** einer Zehe bei einem 52jährigen Manne; antidiabetische Diät, Heilung. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zwei Fälle von rasch sich ausbreitender Gangrän an den oberen und unteren Extremitäten, von J. Terrel Williams. (*Brit. med. Journ.* 2. Febr. 1895.) In dem ersten Falle zog sich ein Potator während der Trunkenheit durch Sturz eine Luxatio humeri zu. Erst am anderen Morgen wurde dieselbe vom Arzte entdeckt und reponiert. Innerhalb der darauffolgenden Stunden wurde die Hand kalt, gefühllos und zeigte eine ganz dunkle Farbe. Derselbe Zustand ergriff in den nächsten drei Tagen auch den Vorder- und Oberarm. In der Gegend des Musculus pectoralis und in der Achselhöhle sah man grofse dunkelblaurote Flecke, bedeckt mit Blasen, welche eine dunkle Flüssigkeit enthielten. Pulsation konnte nur hoch oben in der Achselhöhle, aber nicht in der Arteria brachialis oder radialis gefühlt werden. Da der Zustand einen lebensgefährlichen Charakter annahm, so wurde die Amputation des Armes vorgenommen. Der Patient erholte sich rasch.

Die Arterien waren von der Achselhöhle abwärts bis zur Hand fest verstopft, während die Venen unverletzt waren.

In dem zweiten Falle trat sieben Tage nach einer Quetschung des Oberschenkels, der fast gar nicht verletzt schien, unter allgemeinen Erscheinungen (Fieber, schwacher Puls, Prostration) Gangrän des ganzen Beines mit vollständiger Anästhesie auf. Die Amputation desselben brachte rasche Heilung. *C. Berliner-Aachen.*

Unilaterale Lidhaut-Gangrän mit konsekutivem Ectropium cicatriceum, von Leopold Grossmann. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 58.) Lidhautphlegmone nach Erysipel, Anthrax, Metastase kann zu Gangrän führen. Die Narbe kann dann, wie ein geschilderter Fall beweist, Ectropium bewirken. Verfasser hat dieselbe durch Reverdinsche Transplantationen beseitigt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Sklerodermie. Eine monographische Studie, von Georg Lewin und Julius Heller. (August Hirschwald, Berlin 1895.) Es ist stets verdienstlich, wenn das Material über ein bestimmtes Thema, das in der gesamten Litteratur zerstreut ist, zusammengetragen und monographisch bearbeitet wird. Es stellt eine derartige Arbeit stets einen Ruhepunkt dar, von dem man den bisherigen Weg betrachten kann, bevor man weiter fortschreitet. Von diesem Gesichtspunkte aus ist denn auch die vorliegende, mit grofsem Fleifse zusammengestellte Monographie mit Freuden zu begrüfsen, berücksichtigt sie doch die gesamte, nicht zu kleine Litteratur über die Sklerodermie und bringt sie doch nicht weniger als 508 Krankengeschichten, darunter zwölf bisher nicht publizierte. Es werden der Sklerodermie zugezählt die Fälle von Sclerodermia diffusa, Sclerodermia circumscripta und Sclerodactylie. Auf Einzelheiten kann ich natürlich hier nicht eingehen, nur die am Schlusse des Werkes niedergelegten eigenen Anschauungen der Verfasser über das Wesen der Sklerodermie sollen kurz besprochen werden. Nach denselben ist die Sklerodermie eine Angio-Trophoneurose, die sowohl von peripherischen Nerven, als auch vom Zentralnervensystem ausgehen kann. Zur Stütze der Theorie führen sie zunächst eine Reihe physiologischer Thatsachen an, betreffend die Gefäfsinnervation und die trophischen Nervenfasern. Weitere Beweise für die neurogene Natur der Sklerodermie suchen die Verfasser aus den klinischen Erscheinungen des Krankheitsbildes herbeizuschaffen, da die Sektionsbefunde bisher wenige oder gar keine charakteristischen Veränderungen im Nervensystem ergeben haben. Wird man nun den Verfassern auch zugeben müssen, dafs feinere Veränderungen noch bei unseren Untersuchungen leicht anerkannt bleiben können, so wird man andererseits die Beweiskraft der aus der klinischen Beobachtung herbeigezogenen Momente nicht zu hoch anschlagen dürfen. Das Vorkommen einer halbseitigen Erkrankung ist ein überaus seltenes und würde auch wenig beweisen, wenn man es häufiger fände, und

die symmetrische Lokalisation, die auch nur in 21 Fällen beobachtet ist, beweist ebensowenig etwas. Sehr, sehr viele Hautkrankheiten ordnen sich symmetrisch, ohne dafs sie deshalb etwas mit dem Nervensystem zu thun hätten, so die parasitären Ekzeme und selbst die Scabies. Wie die Verfasser durch Erkrankung der vasomotorischen und trophischen Zentren die Symptome der Sklerodermie erklären, ist ja sehr interessant, aber deshalb ist die Hypothese doch ganz unbewiesen. Dafs sie auch unrichtig ist, zu behaupten, davon bin ich deshalb doch weit entfernt, ich wünsche nur nicht, dafs künftig durch alle Lehrbücher diese Theorie wie etwas Feststehendes durchgehen möge. Zur Zeit ist vielleicht die Annahme, dafs es sich um eine primäre Erkrankung der Hautgefäfse handelt, anatomisch mehr gestützt.

Zwei Tafeln mit mikroskopischen Abbildungen sind der Monographie beigegeben, welche sicher künftig jedem, der sich über die Sklerodermie interessiert, unentbehrlich sein wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

In der medizinischen Gesellschaft der Stadt Basel stellte Falun einen 33jährigen Patienten mit **Sklerodermie** vor. Der Affektion waren Akroparästhesien, Eingeschlafensein der Finger, häufige Panaritien vorangegangen. Dauer der Krankheit zehn Jahre; befallen sind Stirn und Wangen, sowie die oberen Extremitäten in der Weise, dafs die pathologischen Veränderungen der Haut (dichtes Anliegen derselben auf der Unterlage, Fehlen der Elastizität, Derbheit) vom Oberarm nach der Peripherie hin an Intensität zunehmen, so dafs die Finger ein holziges Aussehen gewähren, in der Kälte wachsartig, hyperästhetisch, sehr schmerzhaft sind und im Sommer stark schwitzen. Starrer Gesichtsausdruck, Schwund des retrobulbären Fettgewebes, dünne Lippen, Pigmentation von Hals und Brust. Nägel krallenartig, spröde. Innere Organe intakt. (*Korrespondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1895. No. 8.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie, von Friedheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 19.) Der sehr genau geschilderte Fall von Sklerodermie bezieht sich auf ein 21 Jahre altes Mädchen, das, abgesehen von einer Pleuritis, bis zum 13. Jahre völlig gesund war. Die Diagnose stützt sich auf die Sklerose, Atrophie und Pigmentierung der Haut bei erhaltener Sensibilität der letzteren. Auffallend erscheint die für beide elektrische Ströme gleichmäfsige, teilweise bedeutende Erhöhung des Widerstandes auf der rechten Körperhälfte, was sicher mit der stärkeren Entwickelung des Leidens auf dieser Seite in Zusammenhang zu bringen ist. Auch ist der Fall interessant durch das gehäufte Vorkommen von Hauthämorrhagien, sowie dadurch, dafs die Pigmentinseln sich nur in der Peripherie der pigmentierten Hautflächen sich vorfanden. Zur Ätiologie der Sklerodermie bringt Verfasser keinen Beitrag. In therapeutischer Hinsicht ist erwähnenswert, dafs ein Schilddrüsenpräparat gereicht wurde mit Rücksicht darauf, dafs einmal von Kaposi und Singer Schwund eines Drüsenlappens in einem Autopsiebefund von Sklerodermie konstatiert worden war; der Erfolg war negativ, eher abschreckend. Dagegen bewährte sich neben reichlichem Baden und Einfetten der Haut eine vorsichtige konsequente Massage, wenn sie auch nicht zur Heilung führte. Auch die Elektrizität wirkt zuweilen palliativ günstig. *Neuhaus-München.*

Zur Ätiologie der allgemeinen Sklerodermie Erwachsener spricht Schaper in der Gesellschaft der Charité-Ärzte zu Berlin, Sitzung vom 10. Januar 1895. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 21.) Ein Soldat zeigt in der Rekonvalescenz von einer Polyarthritis rheumatica eines Tages eine leichte Rötung und Schwellung am Halse, die in den folgenden Tagen zunahmen. Die Röte war eine erysipelatöse, scharf begrenzte. Der Kranke war vollkommen wohl, klagte nur über Hautspannung. Vorüber-

gehend schwoll auch die Mundschleimhaut an, und bildeten sich hier schnell heilende oberflächliche Geschwüre. In 60 Tagen war die weiche Schwellung der Haut einer starren Härte gewichen, dann breitete sich der Prozeſs schnell auf Brust, Bauch, Rücken, Gesicht, Hinterhaupt aus. Die Schweiſssekretion war entschieden vermindert. Pigmentierungen waren nicht aufgetreten. Die Behandlung hatte keinen Einfluſs, nur schienen prolongierte warme Bäder die starre Härte etwas zu mildern. Der Zustand hat sich seit 1888 wenig verändert, der Rheumatismus wiederholte sich oft, und ist die von anderen Seiten schon betonte Beziehung der Sklerodermie zu rheumatischer Disposition bemerkenswert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einen Fall von ausgedehnter Alopecie und daneben bestehender Sklerodermie demonstriert Rille. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 23.) Der 29jährige Patient zeigt einen generalisierten Haarausfall, vollständige Kahlheit, Mangel von Brauen, Wimpern, Vibrissae, der Haare am äuſseren Gehörgang. Oberlippe, Mons veneris sind noch ein wenig, Scrotum, Stamm und Extremitäten gar nicht behaart. Gleichzeitig besteht eine Sklerodermie vom Darmbeinkamm bis zu den Fuſssohlen. Die Haut ist verdickt, nicht faltbar, stellenweise verdünnt, pergamentartig. Die Therapie in Massage, Dampfbädern, Thyreoidtabletten bestehend, hat am linken Bein die kranken Stellen weicher, geschmeidiger gemacht, jedoch sind während des Spitalaufenthaltes auch neue sklerosierte Plaques aufgetreten. Für beide Leiden nimmt der Vortragende „eine vom Zentralnervensystem influenzierte, trophische Störung als entfernte Ursache“ (Kaposi) an. In der Lewin-Hellerschen Monographie sind Fälle von Skleroderma mit umschriebenem Haarausfall berichtet. Die Prognose für die Alopecie ist wohl ungünstig, trotzdem Michelsohn selbst nach 16 und 36 Jahren Heilung gesehen hat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die parasitäre Natur der Alopecia areata, von C. Hollborn. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1895. No. 2—4.) Nachdem Verfasser einen Überblick über die bisherigen Anschauungen betreffend die Ätiologie der Alopecia areata und über die betreffenden bakteriologischen Untersuchungen gegeben, schildert er die von ihm bei einem charakteristischen Falle erhobenen Befunde. Die Haare am Rande der Area lieſsen sich leicht ausziehen, die Wurzelscheiden blieben dabei meistens zurück. Die Haarkolben zeigten eine pinselförmige Ausfaserung; zwischen den Fasern war ein Pilzmycel als farblose, dicht verflochtene, körnige Masse wahrzunehmen. An einigen Haaren war Sporenbildung zwischen den Fasern wahrzunehmen; an zwei Haaren waren die Sporen kettenartig angehäuft. Die von Michelsohn gesehenen Anschwellungen am Wurzelstück und Haarschaft erscheinen dem Verfasser als dicht verflochtenes Mycel, das sich leicht färbt mit Eosin, alkalischem Methylenblau, verdünntem Karbolfuxin oder Hämatoxylin nach der Formel:

Hämatoxylin	2,0
Alkohol	100,0
Aq. dest.	100,0
Glycerin	100,0
Alaun	2,0.

Durch Aufbewahren der Haare in einer feuchten Kammer entwickelt sich das Mycel kräftiger. Bei Züchtung auf Fleischextraktgelatine entwickelte sich ein dicker, schwärzlich-grüner Pilzrasen um jedes Haar. Nur Haare von kranken Stellen gaben diesen Befund.

Die nähere Schilderung der Züchtungsergebnisse auf anderen Nährböden übergehe ich hier, um noch über die Übertragungen des Pilzes auf Tiere zu berichten. Sechs Versuche an Mäusen und Kaninchen hatten nach Einreiben der Kulturen in

fünf Fällen das Auftreten einer Alopecie zur Folge. Eine Maus starb vier Wochen nach der Impfung; man fand zartes Mycel in den Fleischfasern und Nieren, Sporen in Herz und Lungen. Verfasser ist überzeugt, dafs in dem untersuchten Krankheitsfalle der gefundene, eigenartige Pilz der Erreger war; er belegt ihn mit dem Namen „Trichophyton rudens". *Jessner-Königsberg i. P.*

Über die wahrscheinliche Ursache der Alopecia areata (Area Celsi), von C. Hollborn. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1895. No. 11.) Verfasser fand in den Haaren eines an Alopecia areata Leidenden eine Wucherung eines Pilzmycels mit Sporenbildung. Ein Teil der Haare wurde auf Bierwürze-Agar in Petrische Schalen gebracht, es wuchsen Kolonien von Kokken, Pilzen etc. Diejenigen Haare, welche nach vier Wochen noch keine Kolonien zeigten, wurden aus dem Nährboden entfernt und in Fleischextrakt-Gelatine mit 0,1%igem tertiären phosphorsauren Kalium gebracht. Jetzt wuchs ein schwärzlich-grüner Pilzrasen, bestehend aus einem Gewirr grünlicher Hyphen und Sporen, die einfach durch Teilung der Hyphen entstehen. Die Nicht-Verflüssigung der Gelatine, die Farbe etc. soll diese Kulturen von den Trichophytonkulturen unterscheiden. (Ob es sich wirklich um eine Alopecia areata handelte? Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von kongenitalem Myxödem, von Bourneville. (*Progrès méd.* 1895. No. 29 u. 30.) Das Mädchen erreichte ein Alter von 22 Jahren und starb an den Folgen des Keuchhustens; es war körperlich und geistig aufserordentlich weit zurück. Aus der Anamnese erhellt, dafs Vater und Mutter an nervösen Störungen (epileptische Anfälle, Migräne) gelitten. Die Autopsie des Mädchens ergab vollständiges Fehlen der Schilddrüse und Offenbleiben der vorderen Fontanelle. B. hebt ferner einige Gegensätze in der äufseren Erscheinung bei Eltern und Kind hervor: so zeigten Vater und Mutter beide eine Adlernase und braune Färbung der Haare, das Kind dagegen rote Haare und eine stumpfe Nase. *C. Müller-Bern.*

Verschiedenes.

Über den Einfluſs des Ichthyols auf die Ausscheidung von Stickstoff, Schwefel und Phosphor teilt Ceconi (*Arch. ital. di clin. med.* 1894. No. 4) folgendes mit:

1. Von dem im Ichthyol enthaltenen Schwefel wird wenig mehr als ein Fünftel durch den Harn ausgeschieden.

2. Die Ausscheidung geschieht in Form von organischem Schwefel; eine Zunahme in der Elimination des oxydierten Schwefels läſst sich nicht nachweisen.

3. Die nicht realisierten Schwefelmengen werden durch den Darm ausgeschieden, wo sie eine Verminderung der Eiweiſsfäulnis bewirken, weshalb auch die aromatischen Äther im Harne abnehmen.

4. Die Phosphorausscheidung wird durch das Ichthyol nicht beeinfluſst.

Bezüglich der N-Ausscheidung besteht ein Unterschied zwischen dem gesunden und kranken Organismus, indem sie bei ersterem durch das Ichthyol nur leicht und vorübergehend influenziert wird, während bei letzterem das Gegenteil mit relativ viel kleineren Dosen erreicht wird. *C. Müller-Bern.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

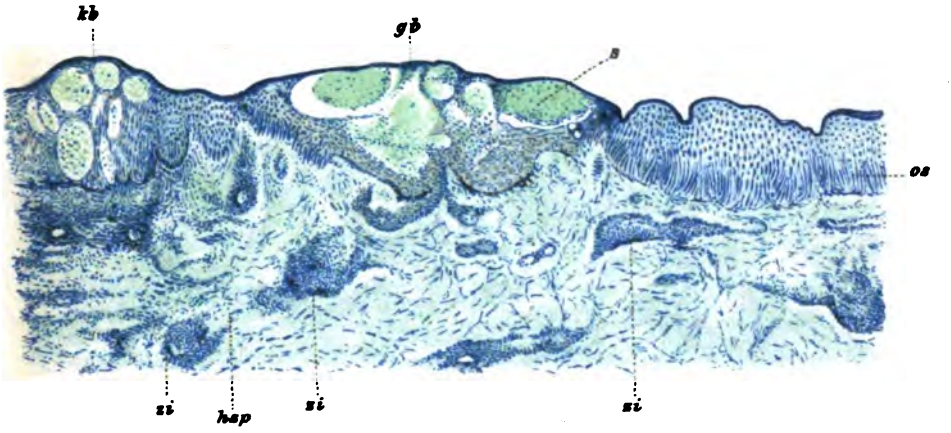


Fig. 2.

Gummelt del. Lith. Anst. Julius Klinkhardt Leipzig

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Sachverzeichnis.

Absorption durch die Haut (Destot) 507.
—, Einfluſs der Elektrizität auf die (Aubert) 507.
— der Salicylsäure durch die Haut (Linossier und Lannois) 508.
Abceſs, Notiz über eine von Prof. Lang angegebene Behandlungsart des akuten (Nobl) 97.
—, Periurethraler (Vaughan) 400.
— im Verlaufe von konjunktivaler Blennorrhoe, subkonjunktivaler und palpebraler (Berger) 411.
Acne 513.
—, Keratotische (Tenneson und Leredde) 25.
— necrotica, Über die (Dubreuilh) 98.
— papulosa 511.
— pilaris 84.
— rosacea 124. 498; — zur Technik der Skarifikationen bei Behandlung der (Fournier) 242. 503.
— scrophulosorum bei Kindern (Fox) 646.
— vulgaris 25; — das Wesen und die Behandlung der (Franke) 98; — Oleum physeteris s. chaenoceti Entenwalöl, als Salbenconstituens, besonders bei der Behandlung von (Boeck) 228.
Acnepustel 57.
Acro-Dermatitis hypertrophica in Verbindung mit Gicht (Hutchinson) 95.
Addisonsche Krankheit (Altken) 663; — (Darier) 133; — (Winslow) 662.
—, Bericht über fünf zur Obduktion gelangte Fälle von (Posselt) 191.
— und Mykosis fungoides (Riehl) 352.
—, Nebenniere und die Ursache der (Auld) 193.
—, Pathologie der (Gioffredi) 662.
—, Über die Rolle der Klasmatocyten bei der Chromoblastose in der (Audry) 191.
Adenitis der Leistendrüsen. Injektionen von Jodoformsalbe bei der Behandlung der suppurativen (Hayden) 328.
Adenocarcinom der Ohrenschweifsdrüsen 507.
Adenoma 191.
— acinosum 507.
— sebaceum des Gesichtes und des Rumpfes (Hallopeau und Leredde) 133.
— der Harnblase beim Manne, Ein primäres (Wittzack) 237.
— sebaceum vermischt mit Molluscum fibrosum (Anderson) 498.
Adenomata sebacea (Barlow) 651.
Adenophlegmone des Halses (Feulard) 84.
Adeps lanae 324.
Adipositas 513.
Aerourethroskop, Eine neue Form des (Otis) 239.
Ainhum (Pyle) 202.
—, Ein typischer Fall von (Hine) 202.
—, Kongenitale Amputation von Fingern und Zehen bei einer Kabylin, Ähnlichkeit mit dem (Raynaud) 26.
Airol (Lüdy) 458.
— (Wismutoxyjodidgallat (Frahm) 458.
Akarophoben (Thibièrge) 89.
Akromegalie 289.
— mit Gelenkerscheinungen (Middleton) 191.
— (Marie), Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique (Ranzier) und Pagetsche Knochenkrankheit 661.
— und Osteo-Arthropathie (Murray) 660.
— mit Sektionsbefund (Boltz) 190.
—, Syringomyelie in Gestalt einer (Chantemesse) 662.
— und Trauma (Unverricht) 661.
Aktinomykose (Pringle) 235.

Albumennachweis (Chapelle) 148; — (Hildebrandt) 148.
Albuminurie 51; — (Feulard) 84.
— anscheinend gesunder Leute, Untersuchungen über die transitorische (Nawass) 108.
— und Exantheme nach Injektion von Diphtherieserum (Kollmann) 567.
Alkoholverbände, Die Behandlung phlegmonöser und ähnlicher Entzündungen mit (Salzwedel) 98.
Alopecie 259; — (Rogers) 202.
—, Ein abnormer Fall von (Jackson) 287.
—, Ein Fall von kompletter (universeller) (Morton) 387.
— areata 207; — (Thiebièrge) 202; — Über die parasitäre Natur der (Hollborn) 667; — Über die wahrscheinliche Ursache der (Hollborn) 668; — Behandlung der (Sabouraud) 133.
— areata neurotica (Sherwell) 331.
Alopecie, Kongenitale (Fordyce) 286; — Mutter und zwei Kinder mit (Abraham) 232.
— neurotica 202.
—, Traumatische (Jackson) 491.
— und daneben bestehende Sklerodermie (Rille) 667.
Aluminium borico-tartaricum 459; — tannicum 459.
Alumnol, ein Antiblennorrhoicum (Chotzen) 23.
— in der Blennorrhoebehandlung (Schwimmer) 54; — (Gommaerts) 594.
Amme und über das Verhalten des Arztes, Über einen Fall von Collesschem Gesetz bei einer (Feulard) 177.
Amputationen von Fingern und Zehen bei einer Kabylin, Ähnlichkeit mit dem Ainhum, Kongenitale (Raynaud) 26.
Anästhesie in der Urogenitalpraxis, Über die Infiltrationsmethode der lokalen (Lewis) 328.
Analfibroide, Ungewöhnlich grofse (Franks) 189.
Angiokeratosis (Eddowes) 325.
Angioma an der Hand (Naevus-Lupus), Fall von infektiösem an (Hutchinson) 235.
Angioplastische Resorption s. Resorption.
Angiosarkom 507.
Anilinmischungen zur tinktoriellen Isolierung von Gewebselementen, Über Verwendung von (Unna) 215. 271.
Anosaturie 150.
Antiblennorrhoicum, Alumnol ein (Chotzen) 23.
Antipyretische Behandlungsmethode bei Scarlatina (Carslaw) 293.
Antipyrinexantheme, Zum Kapitel der (Brasch) 569.
Antisyphiliticum, Über Calomel-Traumaticin (Cauchard) 524.
Anurie von langer Dauer (Käfer) 307.
Aortitis syphilitica, Seltene Form von (Jona) 517.
Aphasie, Gehirnsyphilis mit (Jolly) 40.
Aphthen, Über die sog. Bednarschen (Fränkel) 349.
Arcus palato-glossus mit der hinteren Pharynxwand, Verwachsung des (Lewin) 173.
Argentamin 459.
Argentum-Kasein (Argonin), Über die Behandlung der Blennorrhoe mit (Jadassohn) 338.
Argonin 338.
Aristol, Über (Gevaert) 458.
Arsenkeratosis (Payne) 248.
Arsengebrauch, Keratosis und Krebs infolge von langandauerndem (Hutchinson) 185.
Arteriitis auf Grund einiger Beobachtungen, Pathologisch-anatomisches und klinisches Studium der syphilitischen cerebralen (Charrier und Klippel) 253.
— syphilitica (Klotz) 288.
Arthritis, Blennorrhoische (Manley) 408;
—, Über die Züchtung von Gonokokken bei einem Falle von (Neisser) 48.
Arthropathia genu sinistri, Pseudotabes mit (Ruhemann) 44.
Atheromcysten, Anatomie der Dermoid- und (König) 579.
Augenaffektionen, Die von der hereditären Syphilis abhängigen (Galezowski) 519.
— beim Erythema polymorphum (Terson) 575.
Augenleiden, Über Erythromelalgie und (Nieden) 576.
Augenlider und seine Behandlung, Das Eccema seborrhoicum der (Leloir) 27.
—, Geschwulst der 660.
Augensymptome der Syphilis, Injektion mit Ölsolution des Doppeljodquecksilbers bei der Behandlung der (Parisotti) 525.
Augentripper, Der (Walter) 410.
Azoturie 150.

Bacillus coli, Ein Fall von progressiver emphysematöser Gangrän infolge von Infektion durch den (Margarucci) 358; — prodigiosus gegen Sarkome, Toxine des (Coley) 657; — die Behandlung inoperabler, maligner Geschwülste mit den Toxinen des Erysipels und des (Coley) 183; — coli commune als Ursache einer Urethritis (Pluym und Lang) 403; — pustulo gangraenescens 142.
Bakteriurie, Über (Goldberg) 343.

Balanitis 396.
Balanoposthitis und Vegetationen am Penis, Paraphimosis (Vaughan) 397.
Bandwurm in der Harnröhre (Spoof) 399.
Bartholinische Drüse s. Glandula vestibularis.
Bericht über das Jahr 1894 (Merck) 459.
Bewegungsfurchen 470.
Bindegewebe, Histogenese des (Merkel) 444.
Bindegewebszellen, Notiz über die Untersuchungen von Dr. Unna über die verschiedenen Varietäten von (Hodara) 175.
—, insbesondere über Plasmazellen (Waldeyer) 251.
Blattern s. Variola.
Blase, Ausgedehnter, degenerierter Naevus der (Lane) 584.
— bei carcinomatöser Zerstörung der Urethra, Die Bildung einer Witzelschen Schrägfistel in der (Wiesinger) 304.
— eines Mannes abgebrochener Metallkatheter, Ein in der (Erdmann) 585.
—, Ein primäres Adenom der (Wittzack) 237.
— des Weibes, Fremdkörper in der (Rödiger) 584; — (Hochmann) 584.
—, geratenen Haarnadel, „Wendung und Extraktion" einer in die (Cubasch) 584.
—, Punktion der (Thiry) 46.
—, Gymnastik und Irrigation der (Daggelt) 581.
—, Harnröhre und Damm beim Menschen, Über die Entwickelung von (Keibel) 444.
—, Krebs der (Goldberg) 237.
—, Katheterfragmente in Harnröhre und (Lohnstein) 399.
— nach suprapubikaler Cystotomie, Drainage der (Dugan) 180.
—, Operationen an der (Trendelenburg) 443.
— und der Prostata, Einige Anschauungen Guyons über Krankheiten der (Mendelsohn) 529.
—, Über das Resorptionsvermögen der (Alapy) 240. 341.
—, Schmerzhafte Cystitis, Die Sectio hypogastrica mit Auskratzung der (Tánago) 583.
—, Eine Spritze zu Einträufelungen in die (Olivier) 455.
—, Störungen beim Urinieren bei Neubildungen der (Guyon) 531.
—, Tuberkulöses Geschwür der (Vaughan) 586.
—, Über eine neue dreiläufige Spritze zur gleichzeitigen Irrigation von Urethritis anterior, posterior und (Barrucco) 53.
Blase, Überpflanzung der Ureteren auf die Urethra und Neubildung der (Schwarz) 307.
— der Urethra und der Prostata, Die Chirurgie der (Rochet) 504.
— und Urethra ohne Katheter, Ausspülen der (Brewer) 581.
—, Ein Versuch über Lähmung und Dehnbarkeit der (Exner) 532. 581.
— zur Behandlung der Ureterscheidenfisteln, Transperitoneale Implantation des Urethers in die (Novaro) 308.
—; Chirurgische oder hygienische Behandlung? Tuberkulose und Neoplasmen der (Bangs) 326.
— und Harnröhrenstein (Thévenin) 588.
Blasen und Bläschen, Inhalt von (Leredde und Perrin) 83.
Blasenblutungen, Hoher Blasenschnitt wegen (Cheesman) 592.
Blasendilatation infolge Retroversio uteri (Gemmell) 584.
Blasendrainage, Behandlung der Harnröhrenstriktur durch hypogastrische (Rey) 50.
Blasenepithel für Arzeneien und Gift, Undurchdringlichkeit des gesunden (Boyer und Guinard) 530.
Blasengeschwülste, Zur Nitzeschen Methode der intravesikalen Entfernung gutartiger (Hollmann) 340.
—, Ungewöhnliche Abart von Hämaturie in einem Falle von (Ferria) 347.
Blasenhernien, Inguinale und krurale (Jaboulay und Villard) 585.
Blasenkrebs (Israel) 586; — (Targett) 586.
Blasenleiden (Neumann) 412.
Blasenmuskel, Über die Kontraktilität des (Genouville) 528.
Blasenmyom, Ein seltener Fall von (Verhoogen) 240.
Blasennaht, Über die Epicystotomie beim Kinde mit vollständiger (Folina) 591.
—, Zur Frage der primären (Burckhardt) 342.
Blasenruptur wahrscheinlich machen, Fall, bei dem gewisse Erscheinungen während des Lebens und der Sektionsbefund eine spontane (Mouro) 531.
Blasenschleimhaut mit tödlicher Hämorrhagie, superfizieller Ulceration der (Vaughan) 586.
Blasenschnitt wegen Blasenblutung, Hoher (Cheesman) 592.
—, Über ein Katheter-Itinerarium für hohen (Englisch) 394.
Blasenstein, Temporäre Cystotomia suprapubica wegen (Bérard) 588.
— mit Ruptur der Cyste und tödlicher Peritonitis, Ein Fall von encystiertem (Royden) 588.
—, Voluminöser (Gangolphe) 589.

Blasenstein mit primärer Verheilung der Blasenwunde nach Sectio alta (Page) 589.
—, Die Beseitigung von (Forbes) 589.
—, Die zu wählende Operation (Hingston) 590.
Blasensteinoperation (Dittel) 587; — (Neve) 588; — (Freyer) 588; — (Buchanan) 592.
Blasenstich, Indikation des (Debaisieux) 590.
Blasentuberkulose, Milchsäure gegen (Wittzack) 587.
Blasentumoren bei Fuchsinarbeitern (Rehn) 443.
—, Über eine sehr seltene Komplikation von (Adenot) 454.
Bleivergiftung und Syphilis maligna (Moreira) 344.
Bleiwasserliniment in der Hauttherapie (Boeck) 120.
Blennorrhoea 45. 58. 127. 136. 207. 339. 370. 396. 490. 582.
— anterior acuta, Doppelläufige Kanüle aus Glas zur Behandlung der (Maiocchi) 53.
— posterior und Harnblase, Über eine neue dreiläufige Spritze zur gleichseitigen Irrigation von (Barrucco) 53.
— insontium (Feld) 404.
— bei einem 12jährigen Knaben (Brown) 385.
—, Betrachtungen über einige strittige Punkte in der Ätiologie, Diagnose und Prognose der (Brewer) 404.
—, Bubo durch (Mermet) 356.
—, Cerebrale Erscheinungen im Verlaufe von (Pitres) 593.
— mit Endocarditis und kutanen Manifestationen kompliziert (Welander) 50. 410.
— mit Gelenks- und Hautaffektionen, Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen an einem Falle von (Colombini) 548.
—, Über Harnretention im Verlaufe von (Cimino) 405.
— des Mannes, Zur Diagnose und Therapie der (Neuberger) 405.
—, Die inneren Metastasen der (Leyden) 635.
— der Neugeborenen, Statistisches über die (Silex) 404.
—, Über Nierenkomplikationen der (Balzer und Jacquinet) 51.
—, Rheumatismus der (Wilmans) 409.
— durch Silbernitrat, Über eine Abortivkur einer (Brown) 597.
—, Subkonjunktivale und palpebrale Abscesse im Verlaufe von konjunktivaler (Berger) 411.
—, Tödlicher Ausgang einer (Loxton) 593.
Blennorrhoea, Trophische Störungen im Verlauf einer (Jeanselme) 344.
—, Über die Temperatur bei akuter (Noguès) 182.
—, Über den Wert der Urethroskopie für die Diagnose und Therapie der chronischen (Wossidlo) 405.
— und für das Urteil über die Heilung derselben. Die Bedeutung der Untersuchung auf Gonokokken für die Diagnose der (Zeissl) 342.
— urethrae, Neuritis optica infolge von (Panas) 411.
—, Vollständiges Fehlen von Mikroorganismen im Eiter eines akuten Bubo infolge von (Gaucher) 231.
— beim Weibe (Taylor) 328; — (Mann) 593; — (Luther) 594.
—, Latente (Pryor) 86.
Blennorrhoische Arthritis (Manley) 408.
— Arthritis, Über Züchtung von Gonokokken bei (Neisser) 48.
— Chorea und Peliosis (Litten) 593.
— Cystitis, Behandlung der (Besnier) 49; — (Audry) 406.
— Dacryo-Adenitis (Panas) 411.
— Diverticulitis beim Manne (Audry) 406.
— Epididymitis, Über ein eigentümliches Symptom bei (Augagneur) 407; — Zur Pathogenese und Behandlung der (Eraud und Arlhac) 49; — (Bollet) 408.
— Gelenkentzündungen (Barci) 455.
— Hodenentzündung, Bepinselungen mit Guajakol bei der (Balzer und Lacour) 407.
— Infektion bei einem Greise von 103 Jahren (Isaacs) 403; — Beitrag zum Studium der Fernwirkung der (Pitruzella) 499; — beim Manne, Zur Verhütung der (Blokusewski) 142.
— Meningo-Myelitis (Barrié) 592.
— Polyarthritis mit Gonokokkenbefund (Respighi) 409.
— Psychopathie (Venturi) 50.
— Rheumatismus (Bogdanow) 646 und dessen Behandlung (Guiteras) 48; — Giebt es einen (Gläser) 408; — Über die Ätiologie und Pathogenese des sog. (Praag) 409.
— Septikämie mit einem Fall, Bemerkungen zur (Rugy) 54.
— Synovitis tendinosa suppurativa (Tollemer und Macaigne) 48.
— Urethrocystitis, kompliziert durch schwere infektiöse Purpura (Balzer und Lacour) 406.
— Vaginitis und Endometritis, Formal bei katarrhalischer oder (Winkel) 594.
Blennorrhoe-Behandlung (Horowitz) 595; — (Hogge) 595. 599; — (Barthélemy) 595; — (Nimes) 595; (Rosenberg) 596; — (Schalenkamp) 597; — (Gottheil) 599; — (d'Haenens) 52.

Blennorrhoe-Behandlung mittelst Acidum citricum (Pellissier) 599.
—, Über die Anwendung des Alumnols in der (Schwimmer) 54.
— mit Argentum-Kasein (Jadassohn) 338.
—, Chronische (Kutner) 594; (Cimino) 595; — (Hodara) 648.
— nach Janet, Abortive (Fürst) 598; — (Routier) 598; (Ekelund) 136.
— mit Kalium permanganicum und Zincum sulphuricum (Farrar) 599.
—, Über den gegenwärtigen Stand der (Seydel) 52.
— mit Desinfektionsstäbchen von Apotheker Heinrich Noffke, Über Erfolge bei chronischer (Neumann) 54.
— mit Gallobromol (Cazeneuve) 54.
—, Die hydriatische (Schütze) 596.
— mit Injektionen warmer Borsäurelösungen (Chrzaszewski) 54.
—, Eine konservative (Bates) 52.
— mit intravesikalen Injektionen von Kalium permanganatum (Valentine) 180.
—, Das Kalium permanganicum bei der (Janet) 53.
— beim Manne, Die chronische (Janet) 545.
— beim Manne mit Gallobromol (Quilly) 600.
— in New York, Die gegenwärtige Behandlung der (Guiteras) 329.
— mit Oleum Cinnamomi, Abortivbehandlung der (Dacosta) 54.
—, Pathologie der (Blackford) 404.
— mit Wasserstoffsuperoxyd (Sullivan) 600.
— des Weibes mit Irrigationen von Kaliumpermanganat (Greene Cunston) 650.
— der weiblichen Genitalorgane mit Alumnol (Gommaerts) 594.
Blepharadenitis gummosa (Lewin) 130.
Blutkörperchen und des Pigments, Zur Färbung der roten (Unna) 1; — und ihre Bedeutung für die Diagnose der Hämaturie, Die Fragmentation der roten (Gumpralt) 151.
Blutserum bei der Behandlung der Syphilis, Versuche mit tierischem (Vaughan) 330.
Blutveränderungen in Bezug auf die Therapie, Über die im Verlaufe der Syphilis vorkommenden (Reis) 340.
Bromausschlag (Jewett) 331.
Bromkalium, Ausschlag infolge Gebrauch von (Elliot) 287.
Brandwunden, Zur Therapie der (Schmid) 573.
Bubo infolge von Blennorrhoe, Vollständiges Fehlen von Mikroorganismen im Eiter eines akuten (Gaucher) 231.
Bubo, Elephantiastisches Ödem des Hodensackes und der linken unteren Extremität im Gefolge eines durch Tripper hervorgerufenen strumösen (Mermet) 356.
— zu den Jahreszeiten, Über die Beziehungen des Ulcus molle und des venerischen (Mastrosimone) 561.
Bubonen, Zur Behandlung der (Laub) 103.

Callusbildungen 513.
Calomel-Traumaticin als Antisyphiliticum (Cauchard) 524.
Canities und Vitiligo infolge von Druckwirkung (Hallopeau und Salmon) 85.
Carcinoma 144. 304. 505. 507.
—, Bemerkungen zur Ätiologie des (Cattle) 185.
— der Blase (Israel) 586.
—, primäres (Targett) 586; — zwei bemerkenswerte Operationen von (Goldberg) 237.
— erblich? Ist (Hardmann) 185.
— infolge von langandauerndem Arsengebrauch, Keratosis und (Hutchinson) 185.
— innerer Organe, auf Grund der mikroskopischen Untersuchung kleiner subkutaner metastatischer Geschwülstchen, Die Diagnose von (Babes und Stoicesco) 185.
— und krebsartige Krankheiten (Shattock) 184.
— kontagiös? (Baker) 185.
— durch Krebsserum (Erysipelserum), Klinische Erfahrungen über die Heilung des (Emmerich und Scholl) 656.
— der männlichen Genitalien, Die operative Behandlung des (Quire) 285.
— beim Menschen mit Demonstration, Zur Frage der spontanen Heilbarkeit des (Senger) 186.
— der Urethra (Cabot) 447; — beim Manne, Die Heilbarkeit der frühzeitig erkannten (Rupprecht) 398.
— uteri, Herpes zoster femoro-cutaneus im Verlaufe von (Carrière) 575.
— und das Vorkommen desselben als Endemie (Pfeiffer) 510.
—, Einige Betrachtungen über die Behandlung der bösartigen (Robinson) 183.
Carcinomatöse Zerstörung der Urethra, Die Bildung einer Witzelschen Schrägfistel in der Blase bei (Wiesinger) 304.
Chancre mixte, Über (Krefting) 434.
Cheiropompholyx (Barendt) 499.
Chloasma 513.
Chondrom eines Lendenwirbels (Sutton) 505.

Chorea blennorrhoica, Über Peliosis et (Litten) 593.
Chromoblastose in der Addisonschen Krankheit, Über die Rolle der Klasmatocyten bei der (Audry) 191.
Chromsäure-Lapisätzung in der syphilidologischen Praxis (Boeck) 81.
Chrysarobin bei der Psoriasis (Feliciani) 95.
Cirkumcision vom therapeutischen und prophylaktischen Gesichtspunkte aus betrachtet (Tomès) 651.
Cocainum lacticum 459.
Coccidium oviforme, Bemerkungen über das Epithelioma contagiosum und (Clarke) 659.
Collessches Gesetz bei einer Amme und über das Verhalten des Arztes (Feulard) 177.
Condylomata acuminata (Mankiewitz) 173.
—, Kurze Bemerkungen zu einigen neueren Arbeiten über, und Mitteilung einer neuen Behandlungsmethode derselben (Thimm) 659.
Condylomatosis pemphigoidea 562.
Congressus interruptus als ätiologische Basis nervöser Störungen in der Genitalsphäre (Fredy) 45.
Cosmeticum, Die Elektricität als (Shoemaker) 513.
Cowperschen Drüse in Verbindung mit einer Urethro-Perinealfistel derselben, Chronische Entzündung der (Bakow) 289.
Coxitis luetica und deren klinische Differentialdiagnose mit spinalen Arthropathien (Stanowski) 41.
Crinin, Funkesches 461.
Cyanose, Angeborene (Simon) 566.
—, Über die Hyperglobulie in ihren Beziehungen zur kongenitalen (Variot) 566.
Cyste und tödliche Peritonitis, Fall von encystiertem Blasenstein mit Ruptur der (Royden) 588.
Cysten 383.
Cystitis 156. 179. 237. 305. 635; — (Tánago) 581; — (Reimar) 582; — (Faulds) 582.
—, Chronische 528.
— blennorrhoica, Behandlung der (Besnier) 49; — (Audry) 406.
—, Hämaturie, Pyelitis, Cystotomie, Heilung (Syms) 47.
—, Sectio alta bei chronischer (Price) 583.
—, die Sectio hypogastrica der Blase bei schmerzhafter (Tánago) 583.
—, Behandlung der (Schmey) 583; — (Hersler) 583.
Cysto-Urethrotomie (Jaboulay) 528.
Cystocele inguinalis, Pathogenese und Behandlung (Délagénière) 585.
Cystoskopie, Zur Technik der (Lohnstein) 393.
Cystotomie, Die ideale (Coulland) 591.
— wegen Harnröhrenverengerung, die durch Urininfektion kompliziert war (Adenot) 454.
—, Heilung, Pyelitis, Hämaturie (Syms) 47.
—, Drainage der Blase nach suprapubikaler (Dugan) 180.
—, Neue Methode zur Ausführung der (Montenovesi) 591.
— suprapubica (Debaisieux) 591.
— temporanea bei komplizierten Urethralstrikturen (Poullain) 526.
— bei Urethralfisteln (Loumeau) 528.
— wegen Blasensteine, Temporäre (Bérard) 588.

Dacryo-Adenitis blennorrhoica (Panas) 411.
Damm beim Menschen, Die Entwickelung von Harnblase, Harnröhre und (Keibel) 444.
Dariersche Krankheit, Zur Kenntnis der (Jarisch) 21.
Decubitis 179.
Defluvium capillorum universale. Pili annulati (Kivull) 338.
Deformation der Finger und Zehen (Hallopeau und Monod) 176.
Dementia, Myelitis syphilitica und (Popot) 42.
— paralytica und Syphilis auf Island (Ehlers) 42.
—, Zu der Abhandlung Dr. Ehlers' über (Jonsson) 43.
Dermatitiden, Über allgemeine exfoliative (Oro) 89.
Dermatitis 89. 440. 571.
— circinata (Fox) 491.
— exfoliativa 309; — (Anderson) 233; — neonatorum (White) 457.
— herpetiformis s. Hydroa.
—, Pemphigusartige 562.
— papillaris capillitii (Morrow) 289.
— pustulosa centrifuga 562.
— scarlatiniformis recidivans 89.
— seborrhoica 500.
— durch Berührung einer Primel (Riehl) 573.
— nach Jodoform (Fordyce) 288.
— nach Resorcin (Taylor) 287.
— mit exzentrischer Ausbreitung, Über einen Fall von pustulöser und vegetirender (Hallopeau und Monod) 230.
—, Die pathologische Anatomie der Duhringschen (Leredde und Perrin) 241.
—, wahrscheinlich eine Abart von Mykosis fungoides, Universelle (Morris) 353.
Dermato-Neuritis vulvae pruriginosa 305.

Dermatologie, Die mikroskopische Technik im Dienste der (Ledermann und Ratkowsky) 25.
—, Die wunden Punkte der (Tommasoli) 55.
Dermatologischer Unterricht (Morel) 206.
Dermatomyositis, Ein Fall von akuter (Buss) 358.
— acuta (Herz) 358.
Dermatoneurosen 576.
Dermatosen, Pemphigus und die pemphigusartigen (Tommasoli) 561.
— bei Kindern, Über alimentäre (Guida) 566.
—. Das sog. Xanthoma diabeticorum und seine Placierung unter die (Johnston) 649.
Dermographismus (Augagneur) 567.
Dermoid- und Atheromcysten, Beitrag zur Anatomie (König) 579.
Desinfektion der Hände (Langstein) 55.
Desinfektionsstäbchen vom Apotheker Heinrich Noffke, Über Erfolg bei chronischer Blennorrhoe mit (Neumann) 54.
Diabetes, Über die Beziehungen der Syphilis zum (Dubois-Havenith) 37.
— mellitus 305.
Diabetiker, Ein durch Sauerstoffbäder und antiseptische Waschungen geheilter Fall von Gangrän der Zehen bei einem (Paul) 201.
Diagnose, Fall zur (Maddock) 19; — (Winfield) 18. 19; — (Cavafy) 223; — (Bulkley) 286; — (Sherwell) 287; — (Robinson) 290.
Digitalisexanthem (Friedheim) 569.
Dilatatoren für die vordere und hintere Harnröhre, Aufschraubbare, vierarmige (Kollmann) 341.
Diphtherie der Haut, Ein Beitrag zur Kasuistik der echten (Zaufal) 96.
—, 58 Fälle von hämorrhagischer (Austen und Cogill) 570.
—, Pilokarpin bei der (Waldstein) 515.
Diphtherieserum, Albuminurie und Exantheme nach Injektion von (Kollmann) 567.
Diverticulitis beim Manne, Über blennorrhoische (Audry) 406.
Doppeljodquecksilber bei der Behandlung der Augensymptome der Syphilis, Injektionen mit Ölsolution des (Parisotti) 525.
Drainage der Blase nach suprapubikaler Cystotomie (Dugan) 180.
Ductus ejaculatorii, Frühzeitiger Verschluſs der (Burnett) 448. 500.

Eczema 20. 121. 147. 266. 305. 323. 413. 449. 511. 664; — (Alger) 91; — (Stillmark) 91.
Eczema, Chronisches 601.
— chronicum diffusum 310.
— marginatum 125; — (Morton) 291; — und Eczema seborrhoicum (Wetzel) 501.
—, Parasitäres 633.
— seborrhoicum 22. 91. 127. 230. 287. — (Napier) 19; — der Augenlider und seine Behandlung (Leloir) 27.
— varicosum 125.
— -Erysipelas, Über Epidemien von (Hutchinson) 90.
— des äuſseren Gehörganges (Hermet) 90.
— und Durchfälle, Septikämie im Anschluſs an Stomatitis bei einem Säugling mit hartnäckigem (Le Gendre) 345.
— im Medianus- und Radialisgebiet, Typisches (Brocq) 90.
— und Sommerhitze (Hutchinson) 90.
— -Behandlung (Braun) 91; — praktische Winke zur (Aronson) 92; — mit Guttaperchapapier (Coffin) 92.
Efflorescenzen, eine differential-diagnostische Studie, Über ringförmige (Jackson) 350.
—, Syphilitische 481.
Eichel, Ein Fall von supplementärer (Daunic) 396.
Eichelhypospadie, Ein Fall von einer äuſserst seltenen Form der (Pavec) 397.
Eisenflecke in der Wäsche 600.
Eiter verschiedenen Ursprungs, Zur Morphologie des (Janowsky) 510.
Eiterungen, Über aseptische Behandlung von (Zeidler) 513.
Eiweiſsnachweis im Harn mittelst Chromsäure (Guérin) 148.
—, Isolierter Nachweis des (d'Haenens) 148.
Ekthyma, Überimpfbarkeit des (McCormick) 353.
Ekthymaartige Geschwüre (Lewin) 130.
Elektricität auf die Hautabsorption, Über den Einfluſs der (Aubert) 507.
— als Cosmeticum (Shoemaker) 513.
— bei der Behandlung der chronischen Prostatitis und anderer zur Impotenz der Männer führenden Leiden (Massey) 45.
—, Über die Behandlung chronischer Unterschenkelgeschwüre durch statische (Doumer) 196.
Elektrolyse bei Naevis (Cagney) 579; — (Allen) 289.
— bei Pustula maligna (Felice) 356.
— bei der Behandlung von Strikturen, Lineäre (Lavaux) 464.
Elektrolytische Epilation hervorgerufenen histologischen Veränderungen, Über die durch die (Giovannini) 332.
Elektrotherapie der Narben (Lewandowski) 194.

Elephantiasis (Hill) 357.
— Arabum auf den Südseeinseln (Manson) 356.
— vulvae (Schreiber) 129. 450.
Elephantiastisches Ödem des Hodensackes und der linken unteren Extremität im Gefolge eines durch Tripper hervorgerufenen strumösen Bubo (Mermet) 356.
— Verdickung des rechten Armes infolge amniotischer Umschnürung (Schnitzler) 357.
Endemie, Zur Ätiologie des Carcinoms und das Vorkommen desselben als (Pfeiffer) 510.
Endocarditis und kutanen Manifestationen kompliziert, Fall von Blennorrhoe, mit (Welander) 50. 410.
—, Ein letaler Fall von Peliosis rheumatica, kompliziert durch (Price) 570.
— blennorrhoica 636.
Endometritis, Formal bei blennorrhoischer (Winkel) 594.
Endoskop zur Behandlung von Harnröhrenerkrankungen (Stein) 392.
Endoskopische Befunde in der Pars prostatica urethrae bei gewissen willkürlichen Bewegungen (Gruenfeld) 394.
Endothelioma tuberosum colloides (Kromayer) 658.
— im Unterhautbindegewebe, Über verkalkte (Perthes) 658.
Entenwalöl als Salbenconstituens (Boeck 228.
Enuresis (Riedtmann) 580; — (Alister) 532.
— nocturna der Kinder begleitet, Über ein Symptom, das häufig die (Freund) 532.
Epheliden 513.
Epicystotomie beim Kinde, mit vollständiger Blasennaht (Folina) 591.
Epididymitis 500.
—, Doppelte sekundär - syphilitische (Darier) 636.
— und Orchitis, Eine neue Behandlung der (Tuttle) 649.
— blennorrhoica, Zur Pathogenese und Behandlung der (Eraud und Arlhac) 49; — (Bollet) 408; — Über ein eigentümliches Symptom bei (Augagneur) 407.
Epithel der äußeren Haut, Über die angioplastische Resorption des (Audry) 166
Epithelioma (Maddock) 389.
— der Gesichtshaut (Lagoutte) 185.
— der Harnröhre, Primäres (Albarran) 398.
— der Haut (Krebse), Behandlung der bösartigen (Robinson) 183.
— auf einer Narbe (Leredde) 177.
— nasi (Mursin) 643.
Epithelioma des Penis (Martin) 86; — (Gallozi) 398; — (Wishard) 447.
— fibrosum 289; — (Green) 659.
— contagiosum 147.
— auriculare 506.
—, Beitrag zur Kontroverse über die Natur der Zellveränderungen bei (Kuznitzky) 334.
—, Bemerkungen zu Kuznitzkys „Beitrag zur Kontroverse über die Natur der Zellveränderungen bei (Touton) 495.
— und Coccidium oviforme (Clarke) 659.
—, Experimenteller Beitrag zur Inokulationsfähigkeit des (Nobl) 23.
— und universelle Psoriasis (Robinson) 491.
Epitrichium beim Menschen, dessen physiologische Funktionen, sowie Einfluß auf die Entstehung von Hautkrankheiten, Über das (Ohmann-Dumesnil) 113.
Eponychium 117.
Ergotingangrän (Markus) 200.
Eruptionen, Zur Frage der lichenoiden (Neisser) 132.
Erysipelas 90. 99. 124.
— typhosum (Silvestrini) 99.
— des Scrotums (Ramsey) 99.
—, Beiträge zur Ätiologie und Therapie des (Felsenthal) 99.
—, Über die Ursachen und die Natur des (Hutchinson) 99.
— mit Alkohol, Behandlung des (Ochsner) 100.
— und dem Bacillus prodigiosus, Die Behandlung inoperabler, maligner Geschwülste mit den Toxinen des (Coley) 183.
Erysipeloid, Zoonotisches 100.
Erysipelserum 656.
Erysipeltoxin gegen Sarkome (Coley) 657.
Erythema 304. 497. 503. 562.
— bullosum oder Pemphigus (Saalfeld) 122.
— elevatum diutinum (Fox) 234.
— exsudativum 124. 208. 571; — (Fox) 234.
—, Augenaffektion beim (Terson) 575.
— keratoides 456.
— nodosum 310. 571; — Statistischer Beitrag zur Kenntnis des (Schulthess) 358.
— pellagroides (Dubreuilh) 345.
— phlyctaenoides (Carruccio) 88.
—, Skarlatiniformes 567.
— recidivans (Hallopeau und Besnier) 280.
—, Ätiologische Prophylaxe und Behandlung der medikamentösen (Morel-Lavallée) 568.
Erythematöse Zungenrandentzündung der Säuglinge (Wertheimber) 411.
— Ringe an den Handrücken und Handtellern (Allen) 492.

Erythromelalgie (Fischer) 576.
— und Augenleiden (Nieden) 576.
Essentia Spermini Poehl 459.
Eucalyptusöl als Harnantisepticum (Lydston) 106.
Europhen (Eldredge) 460.
— der Chirurgie (Buek und Walton) 459.
Exantheme 17. 260. 562.
—, Makulo-papulöse (Lewin) 130.
—, Merkurielle (Rosenthal) 461.
— und Albuminurie nach Injektion von Diphtherieserum (Kollmann) 567.
— nach Antipyrin (Brasch) 569.
— nach Phenacetin (West) 569.
— bei Serumtherapie (Dubreuilh) 567.
Exfoliative Entzündung der Unterlippe, Chronische (Galloway) 234.

Favus 289. 413. 633; — (Chiappa) 561.
— herpeticus (Jadassohn) 284.
— scutiformis 415.
— in Lyon und dessen Umgebung (Kesterlin) 204.
— bei einem Neger (Hutchinson) 501.
— an den Unterextremitäten, Fall von ausgedehntem (Lustgarten) 288.
—, Zur Behandlung des (Tsitrine) 204.
Favusscutulum, Zur Geschichte und Anatomie des (Kellogg) 413.
Feigwarzen mit Formalin, Die Behandlung von weichen Schankern und (Gaylord) 102.
Fibrinfärbungsmethode und das Studium des Oberhautpigments, Die Weigertsche (Ehrmann) 653.
Fibroma 155. 507.
— oder Fibrosarcomata (Crocker) 233.
Fibrosarkom 507.
Filaria Medinensis seu Dracunculus (Forbes) 207.
Finger, Deformation der (Hallopeau und Monod) 176.
Fingernägel s. Nägel.
Finnenkrankheit beim Menschen, Fall von (Darier) 636.
Flohstich-Urticaria und Urticaria pigmentosa (Hutchinson) 567.
Fötus, Die Krankheiten und Mifsbildungen des (Ballantyne) 563.
Folliclis oder Lupus erythematosus (Hallopeau und Le Damany) 85.
Folliculitis agminata 625.
— decalvans (Pringle) 235; — (Holsten) 386.
— (Sykosis) nuchae sclerotisans und ihre Behandlung nebst Bemerkungen über Haargruppenbildung (Ehrmann) 492.
Formal bei katarrhalischer oder blennorrhoischer Vaginitis und Endometritis (Winkel) 594.
Formalin bei Ulcus molle und Feigwarzen (Gaylord) 102.
Fragilitas crinium (Jackson) 289.
Fremdkörper in der Blase (Roediger) 584; — (Hochmann) 584; — (Cubasch) 584; — (Erdmann) 585.
Frostbeulen (Pringle) 235.
Frostmittel (Boeck) 171.
Fuchsinarbeiter, Über Blasentumoren bei (Rehn) 443.
Furunkel und Furunkulosis, Die Behandlung des (Ehrenberg) 97.
—, Die Galvanokauterisation, als Abortivbehandlung des (Löwenberg) 98.
Furunkulosis 197. 207. 534.
Fufssohle, Symptomatologie und Anatomie der Warze der (Dubreuilh) 241.

Gallanol 459.
Gallenfarbstoff im Harne annähernd quantitativ zu bestimmen, Über ein Verfahren, den (Jolles) 152.
Gallobromol 460.
—, Behandlung der Blennorrhoe mit (Cazeneuve) 54; — (Quilly) 600.
Galvanischer Pinsel. Die Behandlung der Impotenz, Ischias und Tabes dorsalis (Wittkowsky) 359.
Galvanokauterisation als Abortivbehandlung des Furunkels (Löwenberg) 98.
Gangraena 99. 344. 659.
— cutanea medica 574.
—, Über die diabetische Phlegmone und (Thelen) 200; — (Sengensse) 664.
— an den oberen und unteren Extremitäten, Zwei Fälle von rasch sich ausbreitender (Williams) 665.
— infolge von Infektion durch den Bacillus coli, Fall von progressiver emphysematöser (Margarucci) 358.
— der Lidhaut (Grossmann) 665.
— der Haut aus inneren Ursachen (Achard) 574.
—, Über multiple neurotische (Joseph) 135.
— mit Pustelbildung (Rotter) 141. 358.
—, Fall von multipler (Stubenrauch) 200.
—, Die Neurotomie bei schmerzhafter (Verneuil) 200.
— des Präputiums und der Penishaut durch Streptokokkeninfektion, Partielle (Volterra) 396.
— im Verlauf einer Cholera gravis, Symmetrische periphere (Reiche) 201.
— der Urethra (Morton) 400.
— der Zehen bei einem Diabetiker, Ein durch Sauerstoffbäder und antiseptische Waschungen geheilter Fall von (Paul) 201.
Gangränöse Varicella (Sherwell) 332.

Gefäfssystem, Grundzüge einer allgemeinen Pathologie des (Lukjanow) 652.
Gehirnblutung, Purpura haemorrhagica mit (Newgarden) 571.
Gehirnsyphilis mit Aphasie (Jolly) 40.
Gehörgang, Doppelseitige syphilitische Erkrankung des äufseren (Bruck) 84.
—, Das Eccema des äufseren (Hermet) 90.
Gelenkentzündungen, Beitrag zum Studium der blennorrhoischen (Burci) 455.
Gelenkerkrankungen, Die Syphilis in ihren Beziehungen zu Knochen- und (Berg) 38.
—, Über das Verhältnis von Psoriasis zu (Gerhardt) 93.
Gelenk- und Hautaffektionen bei Blennorrhoe (Colombini) 548.
Gelenkerscheinungen, Akromegalie mit (Middleton) 191.
Genitalien, Die operative Behandlung des Krebses der männlichen (Quire) 285.
—, Über nervöse Erscheinungen an den weiblichen (Jacobs) 305.
Genito-urinary and Veneral Diseases (Chetwood) 504.
Geschlechtliche Ansteckung, Ein Mittel zu ihrer Verhütung (Kamp) 252.
Geschlechts- und Hautkrankheiten, Lehrbuch der (Joseph) 563.
Geschwülste, Über die Entstehung der (Ribbert) 505.
— des oberen Augenlides und der Schläfenjochbeingegend, Über kongenitale (Israel) 660.
— mit den Toxinen des Erysipels und dem Bacillus prodigiosus, Die Behandlung inoperabler, maligner (Coley) 183.
—, Pyoktanin gegen maligne (Moritz) 183.
Geschwür s. Ulcus.
Gesichtshaut, Epitheliome der (Lagoutte) 185.
Gesichtslupus, Beitrag zur Behandlung des (Scharff) 281; — (Schultze) 517.
Gesichtsneuralgie mit Auftreten von symmetrischen Lipomen (Salomoni) 660.
Gewebselemente, Über Verwendung von Anilinmischungen zur tinktoriellen Isolierung von (Unna) 215. 271.
Gicht und Harnsäurekonkremente in Betracht kommenden Mittel und ihre Wirkungsweise, Die bei der Behandlung der (Mordhorst) 106.
—, Über Hautleiden in Zusammenhang mit (Hutchinson) 511.
Gifte, Undurchdringlichkeit des gesunden Blasenepithels für Arzeneien und (Boyer und Guinard) 530.
Glandula vestibularis major Bartholini, Beitrag zur Kenntnis der Entzündung der (Bergh) 361.
Glykosurie 37.
Goldverbindungen und deren Verwendung bei einigen Hautkrankheiten und bei Syphilis (Ohmann-Dumesnil) 511.
Gonokokken bei einem Falle von Arthritis blennorrhoica, Über die Züchtung von (Neisser) 48.
— auf artificiellen Medien, Kultivation des (Turro) 403.
— für die Diagnose des Harnröhrentrippers und für das Urteil über die Heilung desselben, Die Bedeutung der Untersuchung auf (Zeissl) 342.
—, Der Einfluss des Oleum Santali auf das Bakterienwachstum, insbesondere der (Valentini) 337.
— Neisser, Zur Kultur des (Kiefer) 401.
— Neisser in der Urethra des Mannes und im Vulvovaginaltractus der Kinder, Eine klinische und bakteriologische Studie des (Heimann) 490.
— und anderen Bakterien im Sekrete des Cervix uteri bei scheinbar gesunden Prostituierten, Über die Häufigkeit des Vorkommens von (Kopytowski) 493.
— im Sekrete der Urethraldrüsen (Cripps) 403.
Gonokokkencystitis 582.
Guajakol bei Scarlatina (Peckham) 293.
— bei blennorrhoischer Hodenentzündung (Balzer und Lacour) 407.
Guinea-Wurm, Über einige wenig verstandene Phasen der Lebensgeschichte des (Manson) 446.
Gumma 38. 134.
— syphiliticum 637.
—, Eröffnung der Vena anonyma durch ein zerfallendes (Stöcklin) 651.
— der Vagina (Fournier) 636.
— des Warzenfortsatzes 507.
Gummöse Lymphome (Guttmann) 36.
— Myositis des Vorderarmes (Derville und Vallin) 39.
— Ulcus an der hinteren Pharynxwand (Lewin) 173.
Guttaperchapapier, Die Behandlung des Ekzems mit (Coffin) 92.

Haare, Über die Einwirkung seelischer Erregungen des Menschen auf seine (Pohl) 564.
— unter dem Einflusse strenger Kälte schwarz geworden sind, Bericht eines Falles, bei welchem weifse (Griffiths) 501.
— und Nägel gekennzeichnete Familienkrankheit, Über eine durch Veränderung der (Nicolle und Halipré) 231.
—, Zwergwuchs mit fehlenden Nägeln und (Hutchinson) 579.
Haarboden, Tuberkulo-krustöse Syphilide des (Eudlitz) 178.

Haarfärbemittel 461.
Haargruppenbildung 492.
Haarregenerator, Rosetters 461.
Hämatologie und Hämotherapie betreffende Procedur, Bemerkung über eine die (Jullien) 639.
Haematoma durae matris auf luetischer Basis (Hahn) 39.
Hämatoporphyrin im Harn nach Trional (Schulze) 152.
— und deren Behandlung (Müller) 153.
Hämaturie (Otis) 327.
—, Pyelitis, Cystitis Cystotomie, Heilung, (Syms) 47.
—, Die Fragmentation der roten Blutkörperchen und ihre Bedeutung für die Diagnose der (Gumpralt) 151.
— in einem Falle von Blasengeschwulst, Ungewöhnliche Abart von (Ferria) 347.
Hämoglobin in den roten und weifsen Blutkörperchen bei der Psoriasis, Die Menge des (Zelenew) 93.
Hämoglobinurie, Über paroxysmale (Chwostek) 151.
Hämophilie, Über (Fischer) 570.
Hämorrhagie infolge von Syphiliserkrankung der Gefäfse (Williamson) 254.
Hämorrhagische Diphtherie, 58 Fälle von (Austen und Cogill) 570.
— Purpura mit Gehirnblutung (Newgarden) 571.
Hämorrhoidalknotenoperation, Zur Technik der (Trinkler) 195.
Hämotherapie betreffende Procedur, Bemerkung über eine die Hämatologie und (Jullien) 639.
Harn s. Urin.
Harnantiseptikum, Das Eucalyptusöl als (Lydston) 106.
Harnblase s. Blase.
Harncylinder, Konservierung der (Bohland) 104.
—, Die Entstehung der fibrinösen (Aufrecht) 108.
Harninfektion, Pathogenie der (Chapmann) 104.
Harnleiden, Die Handhabung der Asepsis und Antisepsis bei Behandlung der (Kuttner) 391.
Harnleiter s. Ureter.
Harnmikrobien (Chapmann) 104.
Harnorgane, Beiträge zur Chirurgie der weiblichen (Bodenstein) 289.
—, Über kryptogenetische Entzündungen, namentlich der (Posner und Levin) 390.
Harnretention im Verlaufe von Blennorrhoe (Cunino) 405.
— komplizierten traumatischen Striktur, Harnröhrenresektion bei einer mit akuter (Bako) 240.
Harnröhre s. Urethra.
Harnröhrenbildung nach Poncet (Merkel) 526.
Harnröhrenstriktur s. Striktur.
Harnröhrentripper s. Blennorrhoe.
Harnröhrenwucherungen mittelst einer kreisförmigen, scharfen Curette, Behandlung von (Deaver) 400.
Harnsäurekonkremente in Betracht kommenden Mittel und ihre Wirkungsweise, Die bei der Behandlung der Gicht und (Mordhorst) 106.
Harnsedimente, Über Konservierung der (Bohland) 104.
Harnsteine in einem Urethraldivertikel bei einer Frau (Hottinger) 240.
—, Qualitative Untersuchung von (Moscheles) 106.
— in der Urethra (Morton) 400.
Haut, Absorption durch die (Destot) 507; — der Salicylsäure durch die (Linossier und Lannois) 508.
— - Aktinomykose, Zur Therapie der (Staub) 356.
—, Angioplastische Resorption des Epithels der äufseren (Audry) 166.
— (mit Ausschlufs der Hornorganismen), Färbung der Mikroorganismen in der (Unna) 533.
—, Die Arterien der menschlichen (Spalteholz) 652.
— durch autoplastische Transplantation, Wiederherstellung der (Ollier) 509.
—, Ein Beitrag zur Kasuistik der echten Diphtherie der (Zaufal) 96.
—, Über den Einfluſs der Elektricität auf die Absorption durch die (Aubert) 507.
—, Über die Einwirkung einiger organischer und anorganischer Säuren auf die menschliche (Friedheim) 132.
— - und Gelenksaffektionen bei Blennorrhoe (Colombini) 548.
— - und Geschlechtskrankheiten, Lehrbuch der (Joseph) 563.
— - und Knochentuberkulose, Ein weiterer Beitrag zum Studium der Beziehungen zwischen (Adenot) 559.
— mit mikroskopischen Demonstrationen, Zur Physiologie und Pathologie der (Grimm) 14.
— nach der Methode von Unna, Die Diaskopie der (Lichatschao) 644.
—, Das Pigment der (Audry) 652.
— nach der Plattenmodelliermethode, Über die Herstellung von plastischen Strukturbildern der (Halle) 132.
— nach Quecksilbergebrauch und über einen Fall von Digitalisexanthem, Einige Bemerkungen über Veränderungen der (Friedheim) 569.
— und Schleimhaut, Klinische und anatomisch-histologische Veränderungen der transplantierten (Schiavoni) 509.

Hautaffektionen, welche im Verlaufe von Morbus Brightii auftreten (Pye-Smith) 452.
— bei Blennorrhoe (Colombini) 548.
Hautemphysem nach Laparotomie, Über lokales traumatisches (Gräfe) 204.
Hautentzündung durch Pyrogalloleinwirkung, Histologie der (Buck) 601.
Hautepithelium, Über die angioplastische Resorption des (Audry) 343.
Hauteruptionen, welche im Gefolge von Nervenkrankheiten auftreten, Über die Natur und die Veranlassung der (Galloway) 446.
—, Sparteineinpinselungen bei akuten Infektionskrankheiten mit (Guinard und Geley) 292.
— hysterischen Ursprungs (Dubreuilh) 574.
Hautgangrän, Über multiple neurotische (Joseph) 134.
— mit Pustelbildung, Eine neue Art von (Rotter) 141. 358.
—, Fall von multipler (Stubenrauch) 200.
— aus inneren Ursachen [Gangraena cutanea medica] (Achard) 574.
Hautkranke in den Hospitälern St. Petersburgs, Über die Lage der (Petersen) 600.
Hautkrankheiten, Die Diät in der Ätiologie und die Behandlung der (Smith) 497.
—, Ein Fall zur Illustration der Infektion bei (Eddowes) 506.
—, Über das Epitrichium beim Menschen, dessen physiologische Funktionen, sowie Einfluſs auf die Entstehung von (Ohmann-Dumesnil) 113.
—, Erster Bericht über die Privatklinik für (Neuberger) 207.
—, Die Sulfuraria der Thermen von S. Filippo in der Behandlung der (Colombini) 512.
— und bei Syphilis, Die Goldverbindungen und deren Verwendung bei einigen (Ohmann-Dumesnil) 511.
— und Tuberkulose, Über die Beziehungen zwischen (Tommasoli) 309.
Hautlappentransplantationen (Koutznetsoff) 509.
Hautleiden in Zusammenhang mit Gicht (Hutchinson) 511.
Hautnähte, Neue Pinzette für (Guinard) 600.
Hautödem (Ricochon) 566.
Hautpflege, Zur hygienischen (Bilfinger) 511.
Hautsarkom s. auch Sarkom.
Hautsarkomatose, Histologische Untersuchungen über eine seltene Form der (Perrier und Leredde) 640.
Hauttherapie, Bleiwasserliniment in der (Boeck) 120.
Hauttuberkulose 315.
—, Eigenartige Form von (Jessner) 174; — (Ransom und Gieson) 248.
—, Zur Kasuistik der (Müller) 319.
Hauttumoren, Zwei Fälle von (Breakey) 456.
Hautulcerationen, Über die Indikation und Kontraindikation der Anwendung des Pyoktanins bei (Bayot) 95.
Hautveränderung bei Spina bifida (Spietschka) 357.
Hautwassersucht, Über mechanische Behandlung der (Schurz) 566.
Heilserumexantheme, Zur Kasuistik der (Asch) 567.
Hemianopsie auf syphilitischer Basis, Vorübergehende (Bernstein) 33.
Hemiatrophia linguae (Ascoli) 663.
Herpes 305.
— facialis recidivus 208.
— gestationis 576.
— labialis 126.
— pharyngis (Heller) 574.
— tonsurans s. Trichophytie.
— zoster s. Zoster.
Herpétide exfoliative maligne 310.
Herz, Syphilis des (Dehio) 252.
Hidrocystom, Über das (Thibièrge) 636.
Hirnarterien, Zur Histologie der syphilitischen Erkrankung der (Wendeler) 651.
Hirnsyphilis (Gumpertz) 128.
Hoden, Über Mastzellen im tierischen und menschlichen (Münchheimer) 506.
Hodenentzündung, Guajakol bei der blennorrhoischen (Balzer und Lacour) 407.
Hodensack und der linken unteren Extremität im Gefolge eines durch Tripper hervorgerufenen strumösen Bubo, Elephantiastisches Ödem des (Mermet) 356.
Hodentuberkulose 392.
Hornartiges Gebilde, Aus der Wange einer 74 Jahre alten Frau entferntes (Russel) 189.
Hornorganismen, Färbung der Mikroorganismen in der Haut mit Ausschluſs der (Unna) 533.
Hund, Das Leistensystem der Oberhaut beim (Brandt) 465.
Hydrargyrum gallicum 460.
— salicylicum, Syphilisbehandlung mit hypodermatischen Injektionen von (Amster) 525.
— succinimidatum in der Syphilisbehandlung, Injektionen mit (Vollert) 525.
Hydroa 122. 561; — (Gaucher, Barbe und Claude) 178; — (Cavafy) 236; — (Frantz) 576; — (Haslund) 576.
— Duhring, Zur pathologischen Anatomie der (Leredde und Perrin) 25.
— puerorum 576.

Hydroa vacciniforme seu aestivale (Moreira) 245.
— vegetans (Hallopeau und Monod) 230.
— bei Schwangerschaft (Herpes gestationis) (Elliot) 576.
Hydrocele, Über Verkalkung der Tunica vaginalis als eine Komplikation einer alten (Park) 500.
Hydrocystoma (Adam) 244; — (Morton) 247.
Hydrothermostat 102.
Hydrurie 150.
Hyperglobulie in ihren Beziehungen zur kongenitalen Cyanose (Variot) 566.
Hyperidrosis 513.
— und Hypertrichosis, Rechte Monoplegia brachialis mit (Thomas) 55.
Hyperkeratosis excentrica (Respighi) 499; — (Mibelli) 562.
— palmaris et plantaris, Über eine nicht kongenitale, auf die Knäueldrüsenausführungsgänge lokalisierte (Hallopeau) 134.
—, Betrachtungen über die passiven (Audry) 351.
Hyperplasie der Knäueldrüsen, Naevus subcutaneus (Virchow) mit hochgradiger (Beier) 136.
Hypertrichosis mit Hyperidrosis, Rechte Monoplegia brachialis mit (Thomas) 55.
— lumbalis, Spina bifida occulta mit (Fürst) 579.
— localis cystica (Lungershausen) 580.
Hypertrophie der Prostata mittelst Durchschneidung und Ligatur des Samenstranges, Heilung der (Isnardi) 444. — durch Kastration behandelt (Ramm) 46. — mit völliger chronischer Harnverhaltung. Doppelte Kastration. Heilung (Albarran) 648.
— des Nagels (Eddowes) 325.
— und eine Sklerodermie vortäuschend, Über eine Ichthyose mit (Hallopeau und Jeanselme) 637.
Hypospadie, Angeborene Spaltung des Penis und (Englisch) 240.
— bei einem neugeborenen Kinde (Ballantyne) 397.
— mit Harnröhrenverschluß (Marx) 397.
Hysterie, Fall von Trophoneurosis cutanea bei (Frèche) 570.

Jahresberichte, Baumgartens 252.
Ichthyol, Über (Maddock) 20.
— auf die Ausscheidung von Stickstoff, Schwefel und Phosphor, Über den Einfluß des (Ceconi) 668.
—, Zur Behandlung der Verbrennungen ersten und zweiten Grades mit (Leistikow) 441.
Ichthyosis 309. 449. 511. — (Winfield) 386.
Ichthyose mit Hypertrophie eine Sklerodermie vortäuschend (Hallopeau und Jeanselme) 637.
—, Acquirierte (Crocker) 237.
—, Kongenitale (Ballantyne) 351.
— lamellaris 499.
— linearis 144.
— sebacea (Ichthyosis lamellaris), Über eine abgeschwächte Form der sog. (Carini) 499.
— und ihre Histologie, Über die atrophierenden Formen der (Audry) 9. 242.
Icterus 305.
—, Epidemischer (Rankin) 205.
Impetigo contagiosa als ein Beispiel von Oberflächen-Kontagion (Hutchinson) 350.
— herpetiformis Hebra 309. 562; (Sabolotzky) 643; — Duhringi (Shiwalt) 645.
— vulgaris 323. 413.
— der Kinder, eine kontagiöse, übertragbare Krankheit (Leroux) 350.
Impotenz, Die Ätiologie und Pathologie der (Allen) 44.
— und chronischen Prostatitis, Die Elektricität bei der Behandlung der (Massey) 45.
— des Weibes (Vodeler) 154.
—, Der galvanische Pinsel zur Behandlung von (Wittkowski) 359.
Impfung s. Vaccination.
Indikanurie als Zeichen der Tuberkulose im Kindesalter 150.
Induration an der Wange (Ledermann) 172.
Infiltrationsmethode der lokalen Anästhesie in der Urogenitalpraxis (Lewis) 328.
Influenza, Scharlachartiger Ausschlag bei (Ashby) 568.
Injecteur uréthral (Bazet) 28.
Injektionen, Zur Technik intravenöser (Altmann) 524.
— mit Hydrargyrum succinimidatum in der Syphilisbehandlung (Vollert) 525.
— von Hydrargyrum salicylicum in der Syphilisbehandlung (Amster) 525.
— mit Ölsolution des Doppeljodquecksilbers bei der Behandlung der Augensymptome der Syphilis (Parisotti) 525.
Initialsklerose 437.
— des Gesichtes. Facialislähmung derselben Seite. Tuberkulo-krustöse Syphilide des Haarbodens und des Gesichtes (Eudlitz) 178.
— der Tonsille (Evans) 650.
— der Unterlippe 290.
Intertrigo 323.
Inunktionskur nebst experimentellen Untersuchungen, Über den gleichzeitigen

Gebrauch der Schwefelbäder und des (Grabowski) 22.
Jodoform, Über einen seltenen Fall von Unduldsamkeit gegen das (Raynaud) 26.
— -Dermatitis (Fordyce) 288.
— zu Kalomel, Verhalten (Schweissinger) 459.
Jodoformsalbe bei der Behandlung der suppurativen Adenitis der Leistendrüsen, Injektionen von (Hayden) 328.
Jodpräparate, Wundheilung mit besonderer Berücksichtigung der (Zuntz und Frank) 140.
Jodquecksilberhämol bei Syphilisbehandlung (Rille) 283.
Jodvasogen, Neueres über (Leistikow) 12.
Ischias, Der galvanische Pinsel zur Behandlung von (Wittkowski) 359.
Jucken, Nervöses 633.

Kalium permanganicum bei der Blennorrhoe (Janet) 53; — (Valentine) 180.
—, Ein Fall von akuter Vergiftung nach gleichzeitiger externer Anwendung von Tannin und (Harnack) 568.
—, Die Behandlung der blennorrhoisch infizierten Urethra des Weibes mit Irrigationen von (Cumston) 650.
Kalomel, Verhalten von Jodoform zu (Schweissinger) 459.
Kalomelinjektionen bei tertiärer Laryngitis, Rascher Erfolg bei subkutanen (Mendel) 178.
—, Die Verallgemeinerung der (Feulard) 638.
Kalomelräucherungen, Zur Behandlung gewisser sekundärer Syphilisaffektionen durch (Balzer) 523.
Kantharidin, Über Lupusheilung durch (Saalfeld) 144.
Kanüle aus Glas zur Behandlung der Urethritis anterior acuta, Doppelläufige (Maiocchi) 53.
Karunkel der weiblichen Harnröhre (Neuberger) 155.
Kastration behandelt, Hypertrophia prostatae durch (Bryson) 447. 488; — (Hayden) 385; — (Ramm) 46.
Katheter zur Einspritzung in die Harnröhre (Bazet) 28.
—, Zur Asepsis der (Müller) 395.
—, Pezzersche (Morelli) 395.
—, zu desodorisieren und zu reinigen, Eine verbesserte Methode (Cousins) 395.
Katheterfragmente in Harnröhre und Blase (Lohnstein) 399.
Katheter-Itinerarium für hohen Blasenschnitt (Englisch) 394.
Katheterismus bei undurchdringlicher Verengerung (Legueu) 181.
Kehlkopflepra, Ein Beitrag zur Kenntnis der (Berggruen) 28.
Keloid aus ungewöhnlicher Ursache (Block) 87.
— Multiples (Fox) 245.
Keloidbildung, Allgemeine (Lassar) 122.
Keratitis heredo-syphilitica tardiva (Chevallereau) 561.
Keratodermien, Beitrag zu den (Breda) 456.
Keratoma malignum 500.
Keratosis (Sherwell) 286.
— follicularis punctata et striata (Neisser) 131.
— pilaris (Morris) 236; — und Syphilis (Gaston) 84.
— pilo-follicularis 309.
— und Krebs infolge von langandauerndem Arsengebrauch (Hutchinson) 185.
Klasmatocyten bei der Chromoblastose in der Addisonschen Krankheit, Über die Rolle der (Audry) 191.
Knäueldrüsenadenome, Über naevusartige (Villard und Paviot) 660.
Knochen- und Gelenkerkrankungen, Die Syphilis in ihren Beziehungen zu (Berg) 138.
— und Hauttuberkulose, Ein weiterer Beitrag zum Studium der Beziehungen zwischen (Adenot) 559.
Knochensyphilis 635.
Knochentuberkulose mit Übergang zur Carcinombildung 507.
— des Lobulus, Circumskripte 507.
Knötchen, Fall von subkutanen, rheumatischen (Middleton) 188.
Knotensyphilide an der Nase (Morrow) 287; — (Fox) 290.
Komedonen, Kind mit excessiven kleinen schwarzköpfigen (Fox) 236.
—, Ein Fall von seltener Lokalisation und Verbreitung von (Kofmann) 338.
Kondylome 396.
—, Breite (Lewin) 130.
— des Penis, Komplikationen durch spitze (Guitéras) 659.
Konkrementbildungen in den Nieren und Blasenleiden (Neumann) 412.
Kopfhaut, Plastik an der behaarten (Messmer) 208.
Kratzmethode bei der Kuhpockenimpfung (Ratinesque und Raymond) 301.
— bei der Schutzpockenimpfung (Sapelier) 301.
Krebs s. Carcinoma.
Krebsheilserum 656.
Kretinismus 513.
Kupfer-, Silber-Medikation bei Lepra (Rouffilange) 30.

Kupfersulfat, Die Behandlung der Syphilis mit (Price) 523.
Kutane Produkte, Eigentümliche (Wahltuch) 579.

Labyrinthsyphilis (Möller) 495.
Laparotomie, Lokales traumatisches Hautemphysem nach (Gräfe) 204.
Laryngitis, Rascher Erfolg nach subkutanen Kalomelinjektionen bei tertiärer (Mendel) 178.
Lateralsklerose vortäuschend, Syphilis, Amyotrophische (Gilbert-Ballet) 42.
Leberflecke 513.
Leistensystem der Oberhaut beim Hunde (Brandt) 465.
Lendenwirbel, Chondrom eines (Sutton) 505.
Lentigo-Melanosis (Hutchinson) 194.
— im Gesicht, Fall von unilateraler (Bronson) 491.
Lepra 310. 388. 534, 601.
— anaesthetica (Campana) 88; — (Morton) 387.
— maculo-tuberosa 643.
— nodosa (Mursin) 644.
— trophoneurotica (Gémy) 515.
—, Die Bacillen der (Tschernogubow) 644.
— des Kehlkopfes (Bergengruen) 28.
— mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems, Klinische und anatomische Untersuchung eines Falles von (Nonne) 29.
—, Eine leichte und schnelle Methode zur bakterioskopischen Diagnose der (Tschernogubow) 21.
— auf den Inseln Mauritius und Reunion (Coffin) 243.
— auf der Insel Ösel, nach ihrem ätiologischen Zusammenhange betrachtet, Über die Verbreitung der (Dehio) 514.
— in Liv- und Estland für das Jahr 1894; Rechenschaftsbericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der 514.
— in Nordamerika, Die Verteilung und Bekämpfung der 31.
—, Zur Diagnose und Behandlung der (Morrow) 30.
—, Über die Natur und Behandlung der (Ribb) 29.
—, Die Kupfer-Silber-Medikation bei (Rouffilange) 30.
Leukaemia cutis (Riehl) 187.
Leukocyten, Beobachtungen an (Waldstein) 515.
Leukoplasie und ihre Beziehung zur Syphilis (Lydston) 86.
Lichen pilaris (Fox) 233.
Lichen planus (Kaspari) 644; — (Klotz) 290; — (Pospelow) 642; — (Rosenquist) 645.
— —, Über ein pathognomisches Zeichen des (Wickham) 175. 343.
— —, Behandlung des (Cutler und Bulkley) 290.
— — bullosus, Pathogenese der Affektion (Leredde) 229. 560.
— —, Fall von universellem (Robinson) 286.
— ruber 18. 122.
— — planus 200; — mit atypischem Verlaufe, Über einen eigenartigen Fall von (Chotzen) 132.
— scrophulosorum (Feulard) 85. 229.
— verus 310.
Lichenoide Eruptionen, Zur Frage der (Neisser) 132.
Lipom, Schmerzhaftes (Severeanú) 188.
—, Gesichtsneuralgie mit Auftreten von symmetrischem (Salomoni) 660.
Lithiasis und ihre Behandlung (Richter) 589.
— beim Weibe [Steinschnitt] (Baaz) 589.
Litholapaxie, Vergleich der Heilresultate bei suprapubikaler, lateraler Lithotomie und bei der (Barling) 592.
Lithotomia der Ureteren (Cotterel) 307.
— suprabubica, grofser Stein (Buchanan) 592.
— und bei der Litholapaxie, Vergleich der Heilresultate bei suprapubikaler, lateraler (Barling) 592.
Loretin und Loretinsalze (Blum und Bärwald) 460.
Luftübertragung der Variola von Hospitälern aus (Vail) 296.
Lungentuberkulose 316.
Lupus erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— impetiginosus (Augagneur) 32.
— syphiliticus (Lewin) 130.
— verrucosus multiplex (Adamson) 234.
— vulgaris 32. 225. 282. 321. 601; — Fall von (Mackall) 516; — der Zunge (Darier) 229. 559; — disseminatus (Morrow) 289.
— bei einer Frau und ihrer Tochter (Winfield) 331.
— des Gesichts, Behandlung des (Scharff) 281; — (Schultze) 517.
— der Nase und des Rachens in frühem Stadium (Downie) 517.
— des Ohres und der Nase (Goris) 517.
—, Über den chirurgischen Teil der sogenannten kombinierten Behandlung des (Köhler) 31.
—, Operativ geheilter Fall von ausgedehntem (Lang) 284.
— und anderen tuberkulösen Affektionen, Pikrinsäure bei (Spannochi) 33.

Lupus und tuberoserpiginöses Syphilid, Mischinfektion von (Neisser) 131.
Lupusbehandlung, Pilokarpin bei der (Waldstein) 515.
— durch Totalexstirpation (Goris) 517.
Lupusheilung durch Kantharidin (Saalfeld) 144.
Lymphangitis 124. 659.
Lymphdrüsenerkrankungen, Pilokarpin bei (Waldstein) 515.
Lymphe s. Vaccine.
Lymphome, Über gummöse (Guttmann) 36.
— unterscheiden? Die Diagnose der Syphilome; wie lassen sich die syphilitischen Sarkome und Lymphome anatomisch und klinisch von anderen Sarkomen und (Esmarch) 443.

Madura, Der Parasit des Pied de (Vincent) 354.
Mala perforantia bei einem Tuberkulösen mit Syringomyelie und multipler peripherer Neuritis, Panaritium analgeticum und (Gaston) 134.
Malaria, Blutuntersuchungen in Bezug auf die Entstehung des Herpes zoster durch (Winfield) 575.
Mamma, Beitrag zum Studium der malignen Tumoren der (Depage) 184.
—, Primäre Tuberkulose der (Catellani) 516.
Mandeln, Occulte Tuberkulose der (Dieulafoy) 516.
Manifestationen kompliziert, Blennorrhoe mit Endocarditis und kutanen (Welander) 50.
Masern s. Morbillen.
Masochismus, Beitrag zur Kenntnis des (Krafft-Ebing) 343.
Mastdarm, Ein Mischfall von Syphilis und Tuberkulose des (Rieder) 33.
Mastdarmulcerationen, Zur Pathologie der (Schuchardt) 96.
Mastzellen im tierischen und menschlichen Hoden (Münchheimer) 506.
Melanom 187.
Melanosis-Lentigo (Hutchinson) 194.
Meningitis bei Scharlachkranken (Bendel) 293.
— tuberculosa 295.
Meningo-Myelitis blennorrhoica (Barrié) 592.
Merkurielle Exantheme (Rosenthal) 461.
Mikrobien in der normalen Urethra des Weibes, Über das Vorkommen von (Gawronsky) 156.
Mikroorganismen, Jahresberichte über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen (Baumgarten) 252.
Mikroorganismen in der Haut (mit Ausschluſs der Hornorganismen), Färbung der (Unna) 533.
Mikrosporon Audouini 233.
Milch, Scarlatina und skarlatinöse Halsentzündung, ein Beitrag zur Übertragung durch (Chalmers) 294.
Milchdiät und Salol bei Scarlatinabehandlung (Quioc) 294.
Milchsäure gegen Blasentuberkulose (Wittzack) 587.
Milzbrand 534.
— des Menschen, Der äuſsere (Müller) 354; — (Schnitzler) 355; — (Hitzig) 356; — (Lerch) 355.
Milzbrandödem, Zur Histologie des (Hammerschlag) 157.
Mifsbildungen des Fötus, Die Krankheiten und (Ballantyne) 563.
Molluscum contagiosum s. Epithelioma contagiosum.
— fibrosum, Ein Fall von Adenoma sebaceum, vermischt mit (Anderson) 498.
Monoplegia brachialis mit Hyperidrosis und Hypertrichosis, Rechte (Thomas) 55.
Morbillen (Siredey) 295.
—, Maligne (Wilson) 296.
—, Über Anomalien und Komplikationen von (Fiesinger) 295.
—, Frühzeitiges Erkennungszeichen der (Bolognini) 295.
—, Periphere Neuritis nach (Monro) 296.
— und Rötelnepidemie (Claus) 294.
—, Roseola (Röteln) und Scharlach, Die Unterschiede zwischen epidemischer (Dukes) 294.
Morbus Addisonii s. Addisonsche Krankheit.
— Brightii auftreten, Hautaffektionen, welche im Verlaufe von (Pye-Smith) 452.
Morphologie der Sporozoa von Variola (Clarke) 297.
Mundhöhle, Zur Ätiologie der tuberkulösen Affektionen der (Jaruntowski) 515.
Muschelvergiftung mit tödlichem Ausgange (Hill) 570.
Myelitis syphilitica und Dementia (Popof) 42.
—, Akute 179.
Mykose der Tonsille, Fall von gutartiger (Downie) 347.
Mykosis fungoides (Lassar) 172; — (Leviseur) 290; — (Wolters) 352; — (Tánago) 352.
—, Über zwei alte und zwei neue Fälle von (Hallopeau und Guillenet) 175.
— und Morbus Addisoni (Riehl) 352.
—, Ein Fall von universeller Dermatitis, wahrscheinlich einer Abart von (Morris) 353.
Myocarditis 253.

Myositis gummosa des Vorderarms (Derville und Vallin) 39.
— syphilitica et Affectio pulmonis dextri (Ustinow) 641.
Myronin, Über (Nemann) 323.
Myxödem 197. 290; — (Immerwol) 199.
— infantiles (Northrup) 199.
— auf seltener Basis (Köhler) 198.
— [mit photographischen Abbildungen] (Wessinger) 198.
—, Ein Fall von kongenitalem (Bourneville) 668.
— und den Gebrauch von Thyreoidextrakt, Über acquiriertes und kongenitales (Crary) 198.
— mit Thyreoidin behandelt (Shattuck) 198; — (Napier) 199; — (Pospelow) 645; — (zum Busch) 448.
—, Pathogenese und Therapie des (Pospelow) 640.
Myxofibrom mit Pigmentbildung Meati auditorii externi 507.
Myxomatöse Degeneration 507.
Myxosarcoma carcinomatodes der Regio tragica 507.

Nadelhalter, zugleich Universalgriff für die Verbandtasche, Ein neuer (Schütz) 56.
Nägel, Abnormes Wachstum der (Taylor) 325.
—, Chronische Erkrankung der (Stowers) 325.
—, Hypertrophie der (Eddowes) 325.
—, Allgemeine Parakeratose der (Hallopeau und Damany) 177.
—, Poliermittel für die 208.
— gekennzeichnete Familienkrankheit, Über eine durch Veränderungen der Haare und (Nicolle und Halipré) 231.
—, Syphilis der (Batut) 37.
—, Trichophytie der 625.
—, Zwei Fälle von Zwergwuchs mit fehlenden Haaren und (Hutchinson) 579.
Naevus 664; — (Cagney) 579.
— angiomatosus 513.
— linearis (Ichthyosis linearis) unius lateris (Alexander) 144.
— unius lateralis (Meissner) 129. 173. 450; — mit Demonstration, Zur Therapie des (Lassar) 173.
— lipomatodes (Sherwell) 386.
— maternus (Allen) 578.
— papillaris linearis unilateralis (Alexander) 15.
— subcutaneus (Virchow) mit hochgradiger Hyperplasie der Knäueldrüsen (Beier) 136.
— vasculosus, Rapides Wachstum eines (Foster) 88.
Naevus palati mollis (Panzer) 578; — behandelt mit Elektrolyse (Allen) 289.
— verrucosus, Zur Therapie des (Lassar) 451.
— der Harnblase, Ausgedehnter, degenerierter (Lane) 584.
— der Lippe (Fordyce) 491.
—-Lupus (Hutchinson) 285.
Naevusartige Knäueldrüsenadenome (Villard und Paviot) 660.
Narbe, Epitheliom auf einer (Leredde) 177.
—, Zur Elektrotherapie der (Lewandowski) 194.
Nase, Knotensyphilid an der (Morrow) 287; — (Fox) 290.
—, Zur Behandlung der roten (Lassar) 450.
Nebenniere und die Ursache der Addisonschen Krankheit (Auld) 193.
Neger, Favus bei einem (Hutchins) 501.
Neoplasmen und Tuberkulose der Blase. Chirurgische oder hygienische Behandlung? (Bangs) 326.
Nephritis 51. 148. 199. 295. 305.
Nervenkrankheiten auftreten, Über die Natur und die Veranlassung der Hauteruptionen, welche im Gefolge von (Galloway) 446.
Nervenlepra, Der Bacillus bei der (Petrini) 132.
Nervennaevi, Über sog. (Blaschko) 15.
Nervensystem, Syphilis des (Barbour) 39; — (Collins) 145. 179. 250. 457.
—, Über Tabes dorsalis als syphilitisches Leiden des (Darkschewicz) 43.
Nervöse Erscheinungen an den weiblichen Genitalien (Jacobs) 305.
Neubildung der Blase (Schwarz) 307; — (Guyon) 531.
— des äußeren und mittleren Ohres, Beiträge zur Klinik und mikroskopischen Anatomie der (Haug) 506.
— durch eine künstlich erzeugte aseptische Entzündung, Die Beeinflussung maligner (Kronacher) 655.
Neurasthenie 316.
— urinaria (Casarini) 528.
— sexualis, Kasuistische Beiträge zur Diagnose der (Peyer) 497.
Neuritis 199.
— nach Masern, Periphere (Monro) 296.
— optica infolge von Blennorrhoea urethrae (Panas) 411.
—, Panaritium analgeticum und Mala perforantia bei einem Tuberkulösen mit Syringomyelie und multipler peripherer (Gaston) 134.
— infolge von Syphilis hereditaria tarda, Intraokulare, retrobulbäre (Vignes) 518.
Neurom, Traumatisches 507.
— plexiformes (Adenot) 660.

Neuropathien und die Syphilis, Die funktionellen 40.
Neurose, Vesikale (Brewer) 529.
Neurotomie bei schmerzhafter Gangrän (Verneuil) 200.
Nieren, Konkrementbildungen in den (Neumann) 412.
Nierenkomplikationen des Trippers (Balzer und Jacquinet) 51.
Nierenparenchym nach Harnleiterunterbindung, Über das Sekretionsvermögen des (Lindemann) 47.
Nierensteine und über Oxalurie, Über oxalsaure (Pfeiffer) 341.
Nikotianaseife, Über (Taenzer) 631.
Noma (Babes und Zambilovici) 354.
Nosophen, Das (Lassar) 141; — (Herz) 384.
Nuklein-Nährböden, Über die Verwendung von (Tauffer) 481.
Nukleoalbuminurie, Zur Lehre von der (Pichler und Vogt) 147.
Nufsextrakt-Haarfarbe 461.

Oberflächen-Kontagion, Impetigo contagiosa als ein Beispiel von (Hutchinson) 350.
Oberhaut beim Hunde, Das Leistensystem der (Brandt) 465.
Oberhautpigment, Die Weigertsche Fibrinfärbungsmethode und das Studium des (Ehrmann) 653.
Ödema 47. 99. 134. 157. 242. 645. 664.
— cyanoticum (oedème bleu) hystericum (Mazzochi) 566.
— der Haut (Ricochon) 566.
— des Hodensackes und der linken unteren Extremität im Gefolge eines durch Tripper hervorgerufenen strumösen Bubo, Elephantiastisches (Mermet) 356.
Ohr, Beiträge zur Klinik und mikroskopischen Anatomie der Neubildungen des äufseren und mittleren (Haug) 506.
Ohrenentzündung, Über syphilitische (Hutchinson) 34.
Oleum Cinnamomi, Abortivbehandlung der Blennorrhoe mit (Dacosta) 54.
— cinereum, Über die Syphilisbehandlung mit 50%igem (Claessen) 525.
— physeteris s. chaenoceti, Entenwalöl als Salbenconstituens, besonders bei der Behandlung von Acne vulgaris (Boeck) 228.
— Santali auf das Bakterienwachstum, insbesondere der Gonokokken, Der Einfluſs des (Valentine) 337.
Onychia syphilitica (Cutler) 491.
Orchidomeningitis calcificans (Park) 500.
Orchitis syphilitica (Lewin) 173.
—, Eine neue Behandlung der Epididymitis und (Tuttle) 649.
Osteo-Arthropathie und Akromegalie (Murray) 660.
— hypertrophiante pneumique (Ranzier) 661.
Oxalsaure Nierensteine (Pfeiffer) 341.
Oxalurie, Zur Lehre von der (Kisch) 149.
—, Über oxalsaure Nierensteine und über (Pfeiffer) 341.

Pagets disease (Shoemaker) 146; — (du Castel) 637.
—, Pseudo- (Depage) 184.
— of the nipple nebst Mitteilung eines typischen und hochgradigen Falles dieser Krankheit (af Schultén) 656.
Panaritium analgeticum und Mala perforantia bei einem Tuberkulösen mit Syringomyelie und multipler peripherer Neuritis (Gaston) 334.
Papilloma dendriticum meatus auditorii externi 507.
— neuropathicum (Albers-Schönberg) 578.
Parakeratose der Nägel ohne bemerkbare Ursache, Über eine allgemeine (Hallopeau und Damany) 177.
Paralysis generalis juvenilis infolge ererbter Syphilis (Régis) 244.
Paraphimosis, Balanoposthitis und Vegetationen am Penis (Vaughan) 397.
Pars cavernosa urethrae bei Patienten mit Striktur, Die Wiederherstellung der (Levaux) 527.
Pediculi vestimentorum, Die Behandlung der (Jamieson) 248.
Peliosis et Chorea blennorrhoica (Litten) 593.
— rheumatica, kompliziert durch maligne Endocarditis, Ein letaler Fall von (Price) 570.
Pellagra, Fall von sporadischer (Gaucher) 231.
Pellagröses Pemphigoid 562.
Pemphigoide 562.
—, Polymorphe 562.
—, Hysterische 562.
Pemphigus 126. 462. 562.
— acutus mit tödlichem Ausgange (Pernet) 232.
—, Akuter (Priestley) 348.
— foliaceus (Cuthbert) 349.
— hystericus 560.
— neonatorum (Peter) 174; — und puerperale Septikämie (Greer) 349.
— verus 309.
—, Erythema bullosum oder (Saalfeld) 122.
— junger Mädchen und der Pemphigus hystericus (Tommasoli) 560.
— und die pemphigusartigen Dermatosen (Tommasoli) 561.

Penis, Drei interessante Fälle von Epitheliom des (Wishard) 447; — (Martin) 86.
— und Hypospadie, Angeborene Spaltung des (Englisch) 240.
—, Paraphimosis, Balanoposthitis und Vegetationen am (Vaughan) 397.
—, welche durch die Resorption ihres septischen Sekrets Phimose und Lymphangitis, sowie sekundäre Gangrän des Dorsum hervorriefen, Bericht über einen Fall von spitzen Kondylomen des (Guitéras) 659.
—, Über Verkrümmungen des (Hutchinson) 396.
Penishaut durch Streptokokkeninfektion, Partielle Gangrän des Präputium und der (Volterra) 396.
Pericystitis 529.
Periurethrale Abscesse (Vaughan) 400.
Perivesikale Entzündung, Über die klinischen Symptome der chronischen (Fuller) 330.
Phenacetinexanthem, Zwei Fälle von (West) 569.
Phimose 659; — (Vaughan) 396.
—, Entzündliche und kongenitale (Frattali) 88.
Phlegmone und Gangrän, Über die diabetische (Thelen) 200; (Sengensse) 664.
Phlegmonöse und ähnliche Entzündungen mit Alkoholverbänden, Die Behandlung (Salzwedel) 98.
Phosphaturie (Klotz) 149; — (Thorndike) 150.
Piedra nostras (Unna) 205.
Pigment 475.
—, Beiträge zum Studium des (Grimm) 143.
—, Zur Färbung der roten Blutkörperchen und des (Unna) 1.
— der Haut (Audry) 652.
— bei urodelen Amphibien, Über die Entwickelung des (Ehrmann) 653.
— der Oberhaut 653.
Pikrinsäure bei Lupus und anderen tuberkulösen Affektionen (Spannochi) 33.
Pilokarpin bei Diphtherie? Streptokokken-Angina, Lymphdrüsenerkrankungen, Tuberkulose und Lupus, Einige therapeutische Versuche mit (Waldstein) 515.
Pityriasis 290. 633.
— maculata et circinata (Morton) 292.
— rosea Gibert (Oro und Mosca) 92.
— rubra 309; — (Perry) 237.
— infantilis 500.
— rubra pilaris 85. 309. 637; — (Winfield) 19; — (Lewin) 130; — (West) 451; — (Wickham) 229; — (Liddel) 452.
— rubra Hebrae 208.
Pityriasis mit Solanum nigrum behandelt (Dhargalkher) 92.
— versicolor 633; — Zur Pathologie und Therapie der (Berend) 206.
Plaques an dem oberen Teile der linken Schläfe, Gelbliche (Crocker) 233.
Plasmazellen, Über Bindegewebszellen, insbesondere über (Waldeyer) 251.
Pneumaturie, Ein Beitrag zur Kenntnis der (Schnitzler) 154.
Pneumonie, Fälle von spezifischer (Pospelow und Kontrim) 641.
Poliermittel für Fingernägel 208.
Pollakiurie 27.
Polyarthritis blennorrhagica mit Gonokokkenbefund (Respighi) 409.
Polyneuritis (Pseudotabes dorsalis) mit Erweichung der cerviko-dorsalen Anschwellung des Rückenmarkes syphilitischen und alkolischen Ursprungs, Mitteilung einer Beobachtung von (Petrini) 131.
— infolge von akuter und subakuter Quecksilberintoxikation (Spillmann und Etienne) 461.
Polyp der Harnröhre von ungewöhnlichem Umfange (Desguin) 399.
Polyurie 150.
Pompholyx 237.
Porrigo scutulata 413.
— favosa 413.
— lupinosa 413.
Posthitis 396.
Präputium und der Penishaut durch Streptokokkeninfektion, Partielle Gangrän des (Volterra) 396.
Primel, Über Dermatitis durch Berührung einer (Riehl) 573.
Prostata mit völliger chronischer Harnverhaltung, doppelte Kastration. Heilung-Hypertrophie der (Albarran) 648.
—, Einige Anschauungen Guyons über Krankheiten der Harnblase und der (Mendelsohn) 529.
— der Urethra und der Blase, Die Chirurgie der (Rochet) 504.
—, Tuberkulose der (Morton) 291.
— mittelst Durchschneidung und Ligatur des Samenstranges. Heilung der Hypertrophie der (Isnardi) 444.
Prostatahypertrophie 305; — (Thiry) 46.
— bei Spermatorrhoe (e masturbatione) und Beginn der (Hogner) 45.
—, Die Resultate bei der Behandlung der (White) 284. 448. 489.
—, Fall von Kastration wegen (Lilienthal) 330; — (Bryson) 447. 488.
—, Fall von doppelseitiger Kastration wegen (Hayden) 385.
—, Versuche über Organtherapie bei (Reinert) 497.
—, Beitrag zur operativen Behandlung der (König) 497.

Prostatamyomektomien, 27 (Bryson) 447. 488.
Prostatektomie (Tobin) 47.
—, Sechs erfolgreich behandelte Fälle von (Fuller) 179. 447.
—, Einige Betrachtungen über (Woolsey) 249. 456.
Prostatische Hindernisse, Die Behandlung der (Poncet und Bron) 46.
Prostatismus 530.
Prostatitis, Behandlung der akuten (Etienne) 45.
— und anderer zur Impotenz der Männer führenden Leiden, Die Elektricität bei der Behandlung der chronischen (Massey) 45.
—, Eine neue Methode zur Excision der (Nicoll) 47.
Prostituierten auf die Ausbreitung der Syphilis, Über den Einfluſs der Kasernierung der (Miehe) 137. 385.
—, Über die Häufigkeit des Vorkommens von Gonokokken und anderen Bakterien im Sekrete des Cervix uteri bei scheinbar gesunden (Kopytowski) 493.
Prostitution, Freie oder kasernierte? (Le Pileur) 243.
— in Indien, Zur Geschichte der Reglementation der (Okorow) 642.
—, Studium der (Jadassohn) 654.
Protozoen als Krankheitserreger (Pfeiffer) 510.
Prurigo 491; — (Gaston) 177.
— acuta 268.
— agria 265.
— chronica 270.
— ferox 265.
— mitis (Klotz) 287.
— simplex Hebra 265.
— aigu (Hallopeau) 412.
— subacuta 270.
— temporanea 269.
Prurigoformen, Über die verschiedenen (Mibelli) 257.
Pruritus 259. 511.
— senilis 633.
— vulvae, Zur Ätiologie und Behandlung des (Schultze) 305; — (Lutaud) 306.
—, Die Pathologie und Therapie des (Anderson) 445.
Pseudomelanose, Über (Arnold) 662.
Pseudo Pagets disease (Depage) 184.
Pseudotabes mit Arthropathia genu sinistri (Ruhemann) 44.
— dorsalis 131.
Psoriasis 102. 122. 290. 305. 310. 601; — (Shoemaker) 93; — (Morton) 291.
—, Universelle 233.
— vulgaris (Ledermann) 18; — (Speransky) 646.
— bei einem 38 Tage alten Kinde (Rille) 283.
Psoriasis im Alter von zwei Jahren und fünf Monaten (Rambo) 93.
— zu Gelenkerkrankungen, Über das Verhältnis von (Gerhardt) 93.
—, Die Menge des Hämoglobins in den roten und weiſsen Blutkörperchen bei der (Zelenew) 93.
— und einigen anderen Hautleiden, Die Verwendung von Salicyl und dessen Derivaten bei (Crocker) 351.
— und Molluscum contagiosum, Universelle (Robinson) 491.
—, Behandlung der (Tschernogubow) 640; — (Gottheil) 95.
— mit Thyreoid-Extrakt (Workman) 94; — (Auld) 94; — (Thévenin) 561.
— nach dem Brown-Séquardschen Verfahren (Bouffé) 94.
—, Das Chrysarobin bei der (Feliciani) 95.
Psorospermosis (Schwimmer) 184.
Psychopathie, Blennorrhagische (Venturi) 50.
Purpura 173.
— haemorrhagica 292.
—, Urethrocystitis blennorrhagica gleich von Anfang an kompliziert durch schwere infektiöse (Balzer und Lacour) 406.
—, Beitrag zur Lehre von der (Grotjahn) 571.
— haemorrhagica mit Gehirnblutung (Newgarden) 571.
— rheumatica, Retinitis albuminurica im Anschluſs an (Prentiss) 571.
Pustula maligna, rasche Heilung mittelst Elektrolyse (Felice) 356.
Pyämie erkrankten Kindern isolierten Streptococcus, Vergleichende bakteriologische Untersuchungen über den Streptococcus erysipelatis und einem aus dem Blute von acht an (Parascandalo) 99.
Pyelitis, Cystitis, Hämaturie, Cystotomie, Heilung (Syms) 47.
Pyodermitis impetiginosa des Gesichtes; Stomatitis; Adenophlegmone des Halses; Albuminurie (Feulard) 84.
Pyoktanin bei Hautulcerationen, Über die Indikation und Kontraindikation der Anwendung des (Bayot) 95.
— gegen maligne Geschwülste (Moritz) 183.
Pyrogalloleinwirkung, Histologie der Hautentzündung durch (Buck) 601.

Quecksilberabsorption durch die Haut und die Respirationsorgane, Über (Lépine) 508.
Quecksilbergebrauch, Veränderungen der Haut nach (Friedheim) 569.

Quecksilberintoxikation, Polyneuritis infolge von akuter und subakuter (Spillmann und Etienne) 461.
Quecksilberpräparate, Über die lokalen Veränderungen nach intramuskulärer Injektion unlöslicher (Wolters) 336.
Quecksilbersalz, Syphilisbehandlung mit subkutanen Einspritzungen von (Bayet) 26.

Radius, Syphilitische Erweichung des (Tschapine) 38.
Raynaudsche Krankheit (Fox) 234; — (Nash) 250.
Rectitis hypertrophica proliferans et stricturans (Delbert und Mouchet) 97.
Reflexjucken (Eddowes) 446.
Reizende Stoffe, Über Allgemeinwirkungen örtlich (Winternitz) 508.
Rektourethralfistel kongenitalen Ursprungs (Auger) 528.
Resorbin, Weitere Erfahrungen über das (Ledermann) 461.
Resorcindermatitis (Taylor) 287.
Resorption des Epithels der äufseren Haut, Über die angioplastische (Audry) 166.
— der Harnblase (Alapy) 240.
— des Hautepitheliums, Über die angioplastische (Audry) 343.
Resorptionsgesetze (Lewin) 653.
Resorptionsvermögen der Harnblase (Alapy) 341.
Respirationsorgane, Über Quecksilberabsorption durch die Haut und die (Lépine) 508.
Retentio urinae 179.
Retinitis albuminurica im Anschlufs an Purpura haemorrhagica rheumatica (Prentiss) 571.
Retroversio uteri, Blasendilatation infolge (Gemmell) 584.
Revaccination, eine Variolaepidemie, Vaccination und (Snell) 297.
—, Die Frage betreffend (Raymond) 302.
Rhachitis, Infantiler Skorbut oder hämorrhagische (Fürst) 572.
— und seine Beziehung zur (Barlow) 571.
Rheumatische Knötchen (Middleton) 188.
Rheumatismus blennorrhoicus (Wilmans) 409; — (Bogdanow) 646.
—? Giebt es einen (Gläser) 408.
—, Über die Ätiologie und Pathogenese des (Praag) 409.
—, In Sachen des (Gläser) 410.
— bei Scarlatina (Hodges) 293.
— und dessen Behandlung (Guiteras) 48.
Rhinophyma (Lassar) 450.
Rhinosklerom 643; — (Klotz) 286; — (Schloffer) 353.
Ringworm 289.
Röteln s. Rubeola.
Rosacea 503. 511. 513.
Roseola (Röteln) und Masern und Scharlach, Die Unterschiede zwischen epidemischer (Dukes) 294.
—, Die Diagnose der (Donkin) 295.
—, Respiratorische und nervöse Komplikationen der (Audéoud und Jaccart) 296.
Rubeolaepidemie und Masernepidemie (Claus) 294.
Rückenmark, Syphilis des (Smith) 41; — (Gumpertz) 128.
—, die Syringomyelie vortäuschten, Syphilitische Tumoren des 41.
— syphilitischen und alkoholischen Ursprungs, Polyneuritis (Pseudotabes dorsalis) mit Erweichung der cerviko-dorsalen Anschwellung des (Petrini) 131.
Rupia (Lewin) 173.
Rupiageschwüre 245.

Säuren auf die menschliche Haut, Über die Einwirkung einiger organischer und anorganischer (Friedheim) 132.
Salbenconstituens, besonders bei der Behandlung von Acne vulgaris; Oleum physeteris s. chaenoceti, Entenwalöl, als (Boeck) 228.
Salbengrundlage, Unguentum vegetabile, Eine neue (Goliner) 460.
Salbenspritze und Harnröhrenpulverbläser (Guentz) 56.
Salicyl und dessen Derivate bei Psoriasis und einigen anderen Hautleiden, Die Verwendung von (Crocker) 351.
Salicylsäure durch die Haut, Über die Absorption der (Linossier und Lannois) 508.
Salol und Milchdiät, Behandlung der Scarlatina mit (Quioc) 294.
Samenbläschen, Bemerkungen über die (Fuller) 329.
Samenstrang, Heilung der Hypertrophie der Prostata mittelst Durchschneidung und Ligatur des (Isnardi) 444.
Sarcoma, Ein Fall von vielfachem (Abramitscheff und Semenoff) 187.
— fusocellulare (Virchow) 187.
— melanoticum carcinomatodes, Über Impfung von (Jürgens) 657.
—, Ein an der Stelle einer frischen Fraktur sich entwickelndes (Griffiths) 187.
— und Lymphome unterscheiden? Wie lassen sich die syphilitischen (Esmarch) 443.
Sarkomsporozoen (Vedeler) 186.
Sauerstoffbäder bei Gangrän der Zehen bei einem Diabetiker (Paul) 201.

Scabies 57. 632.
— und paraskabiöse Zustände (Leloir) 88.
Scarlatina (Loss) 293.
—, Statistisches und Klinisches über (Hildebrand) 292.
— nach Einläufen (Hale) 568.
— mit hoher fieberhafter Temperatur, mit heftigen Delirien verbunden. Besserung durch Guajakol (Peckham) 293.
—, Meningitis bei (Bendel) 293.
—, Rheumatismus bei (Hodges) 293.
— und skarlatinöse Halsentzündung, Ein Beitrag zur Übertragung durch Milch (Chalmers) 294.
—, Septikämie bei (Macartney) 293.
—, Die Unterschiede zwischen epidemischer Roseola (Röteln) und Masern und (Dukes) 294.
— mit besonderer Berücksichtigung der antipyretischen Behandlungsmethode (Carslaw) 293.
—, Zur prophylaktischen Behandlung der (Tynell) 294.
— mit Salol und Milchdiät, Behandlung der (Quioc) 294.
Scarlatinaartiger Ausschlag bei Influenza (Ashby) 568.
Scarlatinapocken, Ein neuer Fall von (Wolberg) 293.
Schilddrüse s. Thyreoidea.
Schläfenjochbeingegend, Über eine kongenitale Geschwulstform des oberen Augenlides und der (Israel) 660.
Schleimhautaffektionen, Behandlung der syphilitischen (Ohmann-Dumesnil) 522.
Schleimhautkatarrhe, Zur Behandlung der (Stobaeus) 594.
Schrägfistel der Blase bei carcinomatöser Zerstörung der Urethra (Wiesinger) 304.
Schutzpockenimpfung s. Vaccination.
Schutzkappe für Vaccinepusteln (Haeften) 304.
Schwämme, Transplantation von (Ruocco) 510.
Schwangere, Über das „Sich-versehen“ der (Work) 360.
Schwefelbäder und der Inunktionskur nebst experimentellen Untersuchungen, Über den gleichzeitigen Gebrauch der (Grabowski) 22.
Schweifsneurasthenie (Peyer) 342.
Scrotum, Erysipel des (Ramsey) 99.
Sectio alta bei chronischer Cystitis (Price) 583.
— hypogastrica mit Auskratzung der Blase bei schmerzhafter Cystitis (Tánago) 583.
—, Blasenstein mit primärer Verheilung der Blasenwunde nach (Page) 589.
Senkungsfurchen 469.
Septico-Pyämie mit Ausgang in Genesung (Pander) 51.
Septikämie im Anschlufs an Stomatitis bei einem Säugling mit hartnäckigem Eccema und Durchfällen (Le Gendre) 345.
— und Pemphigus neonatorum (Greer) 349.
—, Bemerkungen zur blennorrhoischen (Rugg) 51.
— bei Scarlatina (Macartney) 293.
Serumtherapie, Über die Exantheme bei (Dubreuilh) 567.
—, Von der Kuhpockenimpfung bis zur (Samuel) 513.
Sklerodermie (Falun) 666; — (Fazio) 196; — (Beer) 196; — (Gebert) 197; — Zur Klinik der (Singer) 197; — (Friedheim) 666.
— bei einem 12jährigen Knaben (Kracht) 197.
— vortäuschend, Über eine Ichthyose mit Hypertrophie und eine (Hallopeau und Jeanselme) 637.
—, Ein Fall von ausgedehnter Alopecie und daneben bestehender (Rille) 667.
— Erwachsener, Zur Ätiologie der allgemeinen (Schaper) 666.
Skorbut und seine Beziehung zu Rhachitis, Der infantile (Barlow) 571.
— oder hämorrhagische Rhachitis, Infantiler (Fürst) 572.
—, Beitrag zur Kenntnis des (Albertoni) 572.
Skrophuloderma 32.
— verrucosum (Nammack) 33.
Skrophulöse Geschwüre der Beine (Hutchinson) 96.
Skrophulose 282.
Solanum nigrum behandelt, Pityriasis rubra mit (Dhargalkher) 92.
Sommerhitze und Eccema (Hutchinson) 90.
Sonnenbrand 513.
Soosin 600.
Spannungsfurchen 470.
Sparteineinpinselungen bei akuten Infektionskrankheiten mit Hauteruptionen (Guinard und Geley) 292.
Spermatorrhoe (e masturbatione) und beginnende Prostatahypertrophie (Hogner) 45.
—, Kenntnis und Therapie der (Tano) 238; — (Peyer) 238.
Spina bifida, Über eine eigenartige Hautveränderung bei (Spietschka) 357.
— occulta mit Hypertrichosis lumbalis (Fürst) 579.
Spinale Thrombose und Hämorrhagie infolge von syphilitischer Erkrankung der Gefäfse (Williamson) 254.
Spinallähmungen, Beitrag zur Anatomie und Symptomatologie der syphilitischen (Sottas) 41.

Spontangangrän des linken Fufses, Ein Fall von trockener (Panas) 201.
Sporozoa im Sarkom (Clarke) 186.
— von Variola, Die Morphologie der (Clarke) 297.
— von Variola und Vaccine (Clarke) 297.
— mit den Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus, Behandlung von (Coley) 657.
Spritze zu Einträufelungen in die Blase (Olivier) 455.
Sprofspilze bei Tumoren 655.
Stenosen des Pharynx und Larynx infolge von Lues (Lewin) 282.
Sterno-Myositis syphilitica (Batut) 344.
Stigmata der hereditären Syphilis (Fournier) 255.
Stomatitis (Feulard) 84.
— ulcerosa, Behandlung der (Orachowiez) 411.
Stomatitis bei einem Säugling mit hartnäckigem Eczema und Durchfällen, Septikämie im Anschlufs an (Le Gendre) 345.
Streptobacillus ulceris mollis, Die verschiedenen Phasen des (Unna) 61.
Streptococcus erysipelatis 99.
Streptokokken-Angina, Pilokarpin bei der (Waldstein) 515.
Streptokokkeninfektion nach Varicellen (Broca) 304.
—, Partielle Gangrän des Präputiums und der Penishaut durch (Volterra) 396.
Striae distensae cutis (Sieveking) 194; — (Jacobsohn) 663.
Striktur, Kongenitale (Carter) 462.
— in der Urethra, Organische (Horwitz) 463.
— beim Weibe (Bagot) 463.
—, Harnröhrenresektion bei einer mit akuter Harnretention komplizierten traumatischen (Bako) 240.
— im perinealen Abschnitte der Urethra mit nachfolgender Urethroplastik, Über die Resektion der (Villard) 463.
— der Urethra des Mannes, Behandlung der (Rosenstirn) 525.
—, die durch Urininfektion kompliziert, Cystotomie wegen (Adenot) 454.
—, Cystotomia suprapubica temporanea bei komplizierter (Poullain) 526.
—, Die Wiederherstellung der Pars cavernosa urethrae bei Patienten mit (Levoux) 527.
—, Die Therapie der impermeablen (Passet) 342.
—, Behandlung mit hypogastrischer Blasendrainage (Rey) 50.
—, Neue operative Behandlungsmethode der narbigen (Audry) 463.
—, Forzierte, lokalisierte Dilatation bei der Behandlung der (Tuttle) 463.
Striktur, Lineäre Elektrolyse bei der Behandlung von (Lavaux) 464.
—, Die Radikalbehandlung von (Bryson) 464.
Strukturbilder der Haut nach der Plattenmodelliermethode, Über die Herstellung von plastischen (Halle) 132.
Sulfuraria der Thermen von S. Filippo in der Behandlung der Hautkrankheiten (Colombini) 512.
Sykosis 20. 625.
— nuchae sclerotisans und ihre Behandlung nebst Bemerkungen über Haargruppenbildung, Über Folliculitis (Ehrmann) 492.
Synovitis 554.
— tendinosa suppurativa, Fall blennorrhoischer (Tollemer und Macaigne) 48.
Syphilidologische Praxis, Chromsäure-Lapisätzung in der (Boeck) 81.
Syphilid 225. 646.
—, Tuberkulöses, trockenes, flächenförmiges (Eudlitz) 177.
— des Haarbodens und des Gesichtes, Tuberkulo-krustöses (Eudlitz) 178.
—, Fall von Mischinfektion von Lupus und tubero-serpiginösem (Neisser) 131.
—, Mitteilung einer Beobachtung eines framboësiformen, vegetierenden, generalisierten (Petrini) 131.
— der Nase, Knotiges (Morrow) 287; — (Fox) 290.
— durch Excision, Zur Verteidigung der Behandlung des primären (King) 519.
— mit grofser zentraler Papel, Ein Fall von ganz aufsergewöhnlichem, lokalisiertem, makulösem (Jadassohn) 284.
— des Pharynx, Geschwüriges (Ravogli) 109.
Syphilis 17. 18. 96. 129. 179. 208. 249. 290. 292. 435. 488. 518. 635. 645. 654.
—, Fälle von (Reinhardt) 445.
— haemorrhagica bei einem Neugeborenen (Courcy) 518.
— oder Sepsis? (Cohn) 209.
— maligna und Bleivergiftung (Moreira) 344.
— tarda (Fournier) 254.
—, Zur Geschichte der (Virchow) 634.
— der Ärzte (Fournier) 243.
— des äufseren Gehörganges (Bruck) 34.
— des Gehirns (Gumpertz) 128.
— mit Aphasie (Jolly) 40.
— des Herzens (Dehio) 252.
— des Labyrinths (Möller) 495.
— der Nägel (Batut) 37.
— des Nervensystems (Barbour) 39; — (Darkschewicz) 43.
— des Ohres (Hutchinson) 34.
— des Rückenmarkes (Smith) 41; — (Gumpertz) 128.

Syphilis, amyotrophische Lateralsklerose vortäuschend (Gilbert-Ballet) 42.
— auftreten, Über einige Affektionen des Nervensystems, welche im frühen und späteren Stadium der acquirierten (Collins) 145. 179. 250. 457.
— in Bolivia und Peru, Autochthone (Ashmead) 650.
— in Budapest und ihre Prophylaxe, Die Verbreitung der (Török) 138.
— und deren Beziehung zur Aneurysmabildung, Über Aortenerkrankung bei (Döhle) 351.
— in ihren Beziehungen zu Knochen- und Gelenkerkrankungen (Berg) 38.
—, Über die Beziehungen der allgemeinen Paralyse zur (Fournier) 43.
— und Blattern (Hutchinson) 38.
— vorkommenden Blutveränderungen in Bezug auf die Therapie, Über die im Verlaufe der (Reis) 340.
— von 38jähriger Dauer (Eudlitz) 177.
— und Dementia paralytica auf Island (Ehlers) 42; — (Jonsson) 43.
— zum Diabetes, Über die Beziehungen der (Dubois-Havenith) 37.
—, Über den Einfluſs der Kasernierung der Prostituierten auf die Ausbreitung der (Miehe) 137. 335.
—, Erkrankung der Hirnarterien (Wendeler) 651.
—, Geistesstörungen bei (Kowalewsky) 40.
—, Goldverbindungen und deren Verwendung bei (Ohmann-Dumesnil) 511.
—, Die funktionellen Neuropathien und die 40.
— und Keratosis pilaris (Gaston) 84.
—, Klinische Vorlesungen über (Düring) 502.
—, Leukoplasie und ihre Beziehung zur (Lydston) 86.
—, Paralysis generalis juvenilis infolge ererbter (Régis) 244.
— im russischen Dorfe (Sandberg) 137.
—, Über Schilddrüsenschwellung in der Frühperiode der (Engel-Reimers) 36.
—, Silber und (Gowers) 523.
— zur Tabes, Beziehungen der (Lagoudaky) 44.
— und Tuberkulose des Mastdarmes, Ein Mischfall an (Rieder) 33.
—, Die verschiedenen Ansteckungsmöglichkeiten der (D'Aulnay) 560.
—, Verwachsungen und Stenosen des Pharynx und Larynx infolge von (Lewin) 282.
—, Visceralerkrankungen in der Frühperiode der (Lasch) 35.
— und das seltene Vorkommen der visceralen Syphilis, Der milde Charakter und die verminderte Häufigkeit der (Musser) 34.
Syphilis, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der (Lang) 652.
—, Über die Pathologie der (Clarke) 297.
Syphilis hereditaria 651; — (Boulengier) 518.
—, Die Stigmata der (Fournier) 255.
— abhängigen Augenaffektionen, Die von der (Galezowski) 519.
— tarda, Intraokulare, retrobulbäre Neuritis infolge von (Vignes) 518.
— in der letzten Generation (Gaston) 637.
—, Über die Heredo- (Grancher) 242.
Syphilitische Aortitis (Jona) 517.
— Arteriitis (Klotz) 288.
— Basis, Vorübergehende Hemianopsie auf (Bernstein) 33.
— —, Haematoma durae matris auf (Hahn) 39.
— cerebralen Arteriitis auf Grund einiger Beobachtungen, Pathologisch-anatomisches und klinisches Studium der (Charrier und Klippel) 253.
— Coxitis und deren klinische Differentialdiagnose mit spinalen Arthropathien (Stanowski) 41.
— Epididymitis, Doppelte sekundäre (Darier) 636.
— Erkrankung der Gefäfse, Spinale Thrombose und Hämorrhagie infolge von (Williamson) 254.
— Erweichung des Radius (Tschapine) 38.
— Geschwür, Über die Autoinokulation des primären (Zarewicz) 495.
— Icterus (Otto) 35.
— Leiden des Nervensystems, Über Tabes dorsalis als (Darkschewicz) 43.
— Mundaffektionen 81.
— Myelitis und Dementia (Popoff) 42.
— Myositis et Affectio pulmonis dextri (Ustinow) 641.
— Ohrentzündung (Hutchinson 34.)
— Onychia (Cutler) 491.
— Orchitis (Lewin) 173.
— Papillome 131.
— Sarkome und Lymphome anatomisch und klinisch von anderen Sarkomen und Lymphomen unterscheiden? Lassen sich (v. Esmarch) 448.
— Schanker s. Initialsklerose.
— Spinallähmungen, Beitrag zur Anatomie und Symptomatologie der (Sottas) 41.
— Sterno Myositis (Batut) 344.
— Tumoren des Rückenmarkes, die Syringomyelie vortäuschten 41.
— Zoster intercostalis (Jullien) 40.
Syphilis Antitoxin, Syphilisbehandlung mit Injektionen von (Cotterell) 647.
Syphilisbehandlung (Ohmann-Dumesnil) 522; — (Besnier) 638; — (Wickham) 638; — (Stoukowenkoff

639; — (Fournier) 639; — (Mauriac) 639; — (Smirnow) 644.
Syphilisbehandlung zu beginnen? Wann hat man mit der (Neumann) 520.
—, Die Grundzüge der (Stukowenkoff) 519.
— durch Europhen 207.
—, Die Heilung der konstitutionellen (Ziemssen) 520.
— mit Hydrargyrum succinimidatum (Vollert) 525.
— mit hypodermatischen Injektionen von Hydrargyrum salicylicum (Amster) 525.
—, Injektionen mit Ölsolution des Doppeljodquecksilbers bei der (Parisotti) 525.
— von Syphilis-Antitoxin (Cotterell) 647.
— mit Jodquecksilberhämol (Rille) 283.
— durch Kalomelräucherungen (Balzer) 523.
—, Über die Anwendung einer weichen Kalomelseife zu Inunktionen bei der (Monties) 524.
— mit Kupfersulfat (Price) 523.
— mit 50 %igem Oleum cinereum (Claessens) 525.
— mit subkutanen Einspritzungen von Quecksilbersalzen (Bayet) 26.
— in der Schwangerschaft (Rumpf) 521.
— mit Thyreoidextrakt (Menzies) 519.
—, Über die Frage der präventiven (Welander) 522
—, Versuche mit tierischem Blutserum bei der (Vaughan) 330.
—, Wandlungen in der merkuriellen (Neuhaus) 521.
Syphilisinfektion, Vorstellung eines seltenen Falles von extragenitaler (Saul) 17.
—, Zur Frage der extragenitalen (Sabolotzky) 641.
Syphiloma ano-rectale (Verneuil) 36.
—, Diagnose des (Esmarch) 443.
Syringomyelie 134.
— vortäuschten, Syphilitische Tumoren des Rückenmarkes, die 41.
— in Gestalt einer Akromegalie (Chantemesse) 662.

Tabakrauchen von Kranken und Rekonvalescenten (Jankau) 360.
Tabes 529.
— dorsalis als syphilitisches Leiden des Nervensystems (Darkschewicz) 43.
—, Klinische Betrachtungen über die Beziehungen der Syphilis zur (Lagoudaky) 44.
— dorsalis, Der galvanische Pinsel. Die Behandlung der Impotenz, Ischias und (Wittkowski) 359.
Tättowieren der Verbrecher, Die Kriminalpsychologie und kriminalpraktische Bedeutung des (Leppmann) 205.
Tannin und Kaliumpermanganat, Ein Fall von akuter Vergiftung nach gleichzeitiger externer Anwendung von (Harnack) 568.
Tertiarismus praecox (Fournier) 518.
Tetanus nach Impfung (Toms) 302.
Thiol, Über (Heller) 122. 450.
Thyreoidea bei Lues, Schwellung der (Engel-Reimers) 36.
— bei Psoriasis durch (Workman) 94; — (Auld) 94; — (Thévenin) 561.
—, Fall mit vergrößerter accessorischer (Sutton) 506.
Thyreoidinbehandlung bei Myxödem (Shattuck) 198; — (Napier) 199; — (zum Busch) 448; — (Pospelow) 645.
—, deren Geschichte und Wert in der inneren Medizin (Meltzer) 512.
—, Einige Erfahrungen mit der (Stieglitz) 512.
— bei frischen Fällen von maligner Syphilis (Menzies) 519.
Tinea circinata mit zwei Ringen (Cantrell) 458.
Tonsille, Schanker der (Evans) 651.
Toxine bei malignen Tumoren (Campanini) 655.
Transplantationen, Ein neuer Verband zur Nachbehandlung bei Thierschschen (Mayer) 55.
— nach Thiersch (Jungengel) 509.
—, Wiederherstellung der Haut durch autoplastische (Ollier) 509.
— von Schwämmen auf atonische, geringe Tendenz zur Verheilung zeigende Geschwüre (Ruocco) 510.
Transplantierte Haut und Schleimhaut, Klinische und anatomisch-histologische Veränderungen der (Schiavoni) 509.
Trauma und Akromegalie (Unverricht) 661.
Trichomonas vaginalis im Urin eines Mannes (Miura) 105; — (Marchand) 105.
Trichomykosis ovoides 206.
— nodularis 206.
Trichophytia 102. 202. 288. 388. 413. 614. 633.
— pilaris 625; — (Sabouraud) 83.
—, ihr Pilz und ihre Behandlung (Trouillet) 348.
—, Die Schwierigkeit in der Behandlung der (Martin) 348.
— bei Neugeborenen (Toch) 494.
Trichophytiepatienten in Spitälern, Zur Unterbringung von (Raymond) 347.
Trichophyton, Studien über (Kroesing) 130.
— megalosporon endothrix der brüchigen Varietät (Aldersmith) 233. 234.

Trichophytonpilze, Beobachtungen über die (Adamson) 245. 247.
—, Über die Pluralität der (Mibelli) 613.
Trional, Hämatoporphyrin im Harn nach (Schulze) 152.
Tripper s. Blennorrhoe.
Trophische Störungen der Mittelfingerspitze (Gaston) 177.
Trophoneurosis, Über sogenannte leproide (Galewski) 131.
Trophoneurosis cutanea, Auf Hysterie beruhender Fall von (Frèche) 570.
Tuberkel und Tuberkulose der menschlichen Haut (Roberts) 516.
Tuberkulosis 295. 510. 535; — (Saalfeld) 144; — (Brown) 385.
— cutis verrucosa 208. 516.
— der Blase, Milchsäure gegen (Wittzack) 587.
— der Haut, Über eine eigenartige Form von (Jessner) 174; — (Ransom und v. Gieson) 248.
— — und Knochen, Beziehungen zwischen (Adenot) 559.
— und Hautkrankheiten, Über die Beziehungen zwischen (Tommasoli) 309.
— des Hodens 392.
— im Kindesalter, Über die Indikanurie als diagnostisches Zeichen der 150.
— und Mala perforantia (Gaston) 134.
— der Mamma, Primäre (Castellani) 516.
— der Mandeln, Über occulte (Dieulafoy) 516.
— der menschlichen Haut, Tuberkel und (Roberts) 516.
— und Neoplasmen der Blase. Chirurgische oder hygienische Behandlung? (Bangs) 326.
—, Pilokarpin bei (Waldstein) 515.
— der Prostata (Morton) 291.
— und Syphilis des Mastdarmes, Ein Mischfall an (Rieder) 33.
— verrucosa cutis (Sherwell) 387.
— des Urogenitalapparates (Brown) 391.
Tuberkulöse Affektionen, Pikrinsäure bei Lupus und anderen (Spannochi) 33.
— bei gleichzeitiger Behandlung mit jod- und bromhaltigen Soolbädern, Bemerkung über die chirurgische Behandlung (v. Rosciewski) 32; — der Mundhöhle (Jaruntowski) 515.
— Geschwür der Blase (Vaughan) 586.
— trockene, flächenförmige Syphilide (Eudlitz) 177.
— krustöse Syphilide des Haarbodens und des Gesichts (Eudlitz) 178.
Tumoren 122.
— des Rückenmarkes, die Syringomyelie vortäuschten, Syphilitische 41.
— der Mamma, Beitrag zum Studium der malignen (Depage) 184.
Tumoren, Vorlesung über einige ungewöhnliche (Sutton) 505.
— durch künstlich hervorgerufene septische Eiterung, Zur Beeinflussung maligner (Krynski) 655.
—, Über die pathogene Wirkung der Sprofspilze als Beitrag zur Ätiologie der malignen (Sanfelice) 655.
—, Über die therapeutische Wirkung der Toxine bei malignen (Campanini) 655.
Tunica vaginalis als eine Komplikation einer alten Hydrocele, Über Verkalkung der (Park) 500.

Ulcus 79. 190.
— corneae 295.
— cruris 102. 126. 384. 510. 664; — (Tillaux) 664.
— durum s. Initialsklerose.
Ulcus molle 49. 81. 127. 384.
—, Noch einige Worte über das Wesen des einfachen (Ducrey) 57.
—, Die verschiedenen Phasen des Streptobacillus des (Unna) 61.
—, Neuere Untersuchungen über den Streptobacillus des (Colombini) 100.
—, Zur Therapie des (Stepanow) 102; — (Feibes) 449.
—, Formalinbehandlung bei (Gaylord) 102.
—, Über die Komplikationen des (Balzer) 344.
—, Über „Chancre mixte", sowie eine Bemerkung über Fingers Auffassung des (Krefting) 434.
— und des venerischen Bubo zu den Jahreszeiten, Über die Beziehungen des (Mastrosimone) 561.
— phagedaenicum, Behandlung des (Hallopeau und Macrez) 637.
—, Organismen des (Orlow) 644.
Ulcus rodens der Harnröhre als Folge charlatanistischer Behandlung (Oberländer und Johne) 341.
—, Beitrag zur Histogenese des (Philippson) 563.
Ulcus scrophulosum der Beine (Hutchinson) 96.
— varicosum cruris (Moreschi) 195.
— der Blase, Tuberkulöses (Vaughan) 586.
— der Blasenschleimhaut mit tödlicher Hämorrhagie (Vaughan) 586.
—, Transplantationen von Schwämmen auf atonische, geringe Tendenz zur Verheilung zeigende (Ruocco) 510.
— an der hinteren Pharynxwand, Fall von gummösem (Lewin) 173.
Ulerythema centrifugum 315. 319. 601.
—, Fall von (Danlos) 134.

Ulerythema destinens mit follikulären Eiterungen, Fall von akneartigem (Hallopeau und Guillenet) 231.
— disseminatus (Anderson) 202.
— mit abnormer Lokalisation (Hallopeau und Monod) 133.
— oder Folliclis (Hallopeau und Le Damany) 85.
Unguentum vegetabile, eine neue Salbengrundlage (Goliner) 460.
— hydrargyri cinereum e resorbino paratum (Malischew) 645.
Unterextremitäten, Favus an den (Lustgarten) 288.
Unterhautbindegewebe, Über verkalkte Endotheliome im (Perthes) 658.
Unterhautfettgewebe, Normale und pathologische Histologie des (Heitzmann) 493.
Unterlippe, Fall von chronischer, exfoliativer Entzündung der (Galloway) 234.
Unterschenkelgeschwüre durch statische Elektricität, Über die Behandlung chronischer (Donner) 196.
Unterschenkelvaricen (Soldani) 195.
Ureter, Über das Sekretionsvermögen des Nierenparenchyms nach Unterbindung des (Lindemann) 47.
—, Lithotomie des (Cotterell) 307.
— auf die Urethra und Neubildung der Harnblase, Überpflanzung des (Schwarz) 307.
—, Abnorme Ausmündungen des (Wölfler) 444.
Uretercystoskope, Die Nitzeschen (Kollmann) 340.
Ureteritis 51.
— cystica, Über die angeblich parasitäre Natur der (Lubarsch) 308.
—, Der Bacillus coli commune als Ursache einer Pluym und Lang) 403.
Ureterscheidenfistel, Transperitoneale Implantation des Ureters in die Blase zur Behandlung der (Novaro) 308.
Urethra nach Studien an Gefrierschnitten, Über Untersuchungen über die Pars fixa der (Testus) 395.
— und Damm beim Menschen, Über die Entwickelung von Harnblase (Keibel) 444.
— des Weibes, Über das Vorkommen von Mikrobien in der normalen (Gawronsky) 156.
— der Harnblase und der Prostata, Die Chirurgie der (Rochet) 504.
— mit Wiederherstellung nach 36 Jahren, Traumatische Zerreifsung der (Chismore) 448.
—, Über doppelte (Englisch) 239.
—, Hypospadie mit Verschlufs der (Marx) 397.
— und Blase, Katheterfragmente in (Lohnstein) 399.
Urethra, Ein ungewöhnlicher Fremdkörper in der (Goldenberg) 399.
—, Bandwurm in der (Spoof) 399.
— bei einem sechsjährigen Mädchen, Prolaps der (Briant) 156.
— des Weibes mit Irrigationen von Kaliumpermanganat, Die Behandlung der blennorrhoisch infizierten (Cumston) 650.
—, Über die sog. Karunkel der weiblichen (Neuberger) 155.
—, Carcinom der (Cabot) 447.
—, Primäres Epitheliom der (Albarran) 398.
— beim Manne, Die Heilbarkeit des frühzeitig erkannten Krebses der (Rupprecht) 398.
—, Die Bildung einer Witzelschen Schrägfistel in der Blase bei carcinomatöser Zerstörung der (Wiesinger) 304.
— von ungewöhnlichem Umfange, Polyp der (Desguin) 399.
— als Folge charlatanistischer Behandlung, Ein merkwürdiger Fall von Ulcus rodens (Oberländer und Johne) 341.
— des Mannes und im Vulvovaginaltractus der Kinder, Eine klinische und bakteriologische Studie des Gonococcus Neisser in der (Heimann) 490.
—, Über die Resektion der Pars pendula der (Pousson) 454.
— und Neubildung der Blase, Überpflanzung der Ureteren auf die (Schwarz) 307.
—, Irrigator für die (Lanz) 644.
— ohne Katheter, Ausspülung der Blase und (Brewer) 581.
—, Neues Endoskop zur Behandlung von Erkrankungen der (Stein) 392.
—, Neuer Katheter zur Einspritzung in die (Bazet) 28.
—, Aufschraubbare vierarmige Dilatatoren für die vordere und hintere (Kollmann) 341.
Urethralcyste 155.
Urethraldivertikel bei einer Frau, Harnsteine in einem (Hottinger) 240.
Urethraldrüsen, Über das Vorkommen der Gonokokken im Sekrete der (Crippa) 403.
Urethralfistel, Cystotomia suprapubica bei (Loumeau) 528.
Urethralnaht (Swisser) 528.
Urethralpulverbläser und Salbenspritze (Guentz) 56.
Urethralrupturen, Die operative Behandvon (Deanesley) 526.
Urethralspritze, Eine neue (Schreiber) 395.
Urethralstriktur s. Striktur.
Urethro-Perinealfistel derselben, Chronische Entzündung der Cowperschen Drüse in Verbindung mit einer (Bakow) 239.

Urethrocystitis blennorrhagica gleich von Anfang an kompliziert durch schwere infektiöse Purpura (Balzer und Lacour) 406.
Urethroskop, Ein neues (Goerl) 392.
Urethroskopie, Die neueren Methoden der (Lohnstein) 393.
— für die Diagnose und Therapie der chronischen Blennorrhoe, Über den Wert der (Wossidlo) 405.
— nach Nitze-Oberländer und die Behandlung des chronischen Trippers nach Oberländer und Kollmann (Hodara) 648.
Urethrotomia externa wegen festgeklemmten Steins in der Urethra mit konsekutiver Gangrän und Ruptur derselben. Ausgedehnte Urinextravasation und neuntägige Retention (Morton) 400.
—, Sectio alta, Heilung (Lohnstein) 399.
— perinealis externa (Rogers) 527.
Urin eines Mannes, Vorkommen von Trichomonas im (Marchand) 105; — (Miura) 105.
—, Nachweis von Albumosen im (Hildebrandt) 148; — (Chapelle) 148.
— annähernd quantitativ zu bestimmen, Über ein Verfahren, den Gallenfarbstoff im (Jolles) 152.
— mittelst Chromsäure, Über Eiweifsnachweis im (Guérin) 148.
— nach Trional, Hämatoporphyrin im (Schulze) 152.
—, Über den Nachweis geringer Zuckermengen im (Heinebuch) 148.
Urinieren bei Neubildungen der Blase, Störungen beim (Guyon) 531.
— (Pollakiurie) durch steigende Dilatation der Blase, Behandlung des nervösen häufigen (Janet) 27.
Urininfektion kompliziert, Cystotomie wegen Harnröhrenverengerung, Die durch (Adenot) 454.
Urinverhaltung, Elftägige (Cartney) 529.
Urobacillus liquefaciens septicus (Chapmann) 104.
Urobilinurie, Zur Pathogenese der (Riva) 152.
Urogenitalapparat, Zur Chirurgie des (Weir) 390.
—, Drei Schemata für die Einzeichnung der Läsionen des männlichen (Vaughan) 391.
—, Tuberkulose des (Brown) 391.
Urogenitalpraxis, Über die Infiltrationsmethode der lokalen Anästhesie in der (Lewis) 328.
Urometer, Ein neues (Lohnstein) 103.
Urticaria 124. 305. 511. 566. 570.
— chronica bullosa 562.
— factitia 208.
Urticaria pigmentosa (Pringle) 237; — (Morrow) 491.
—, Flohstich-Urticaria und (Hutchinson) 567.

Vaccination 302.
— mit animaler Lymphe in Übereinstimmung mit den heutigen wissenschaftlichen Lehren? Steht die (Jay) 300.
—, Die schützende Kraft der (Baker) 301; — (Maccollom) 301.
— bei Pockenausbruch in Marylebone, Ein Bericht über die Wirksamkeit der (Greenwood) 301.
— in den Schulen (Hervieux) 301.
—, Kratzmethode bei der (Rafinesque und Raymond) 301; — (Sapelier) 301.
—, Praxis der animalen (Layet) 302.
—, Tetanus nach (Toms) 302.
—, Tod infolge der (Farrar) 303.
—, Vermeidbare Unfälle und wichtige Vorsichtsmafaregeln bei der 302.
— bis zur Serumtherapie, Von der (Samuel) 513.
—, Geschichte und Pathologie der (Crookshank) 563.
—, Variolaepidemie und Revaccination (Snell) 297.
— in Leicester, Pocken und (Priestley) 297.
—, Prämie jeder erfolgreichen (Yarrow) 301.
Vaccine (Alexander) 302.
— und Variola, Untersuchungen über (Ruffer und Plimmer) 299.
—, Pathologie der (Copemann und Voigt) 299.
— und Variola, Experimentelle Untersuchungen über die Identität der (Juhel-Rénoy und Dupuy) 299.
— und Variola, Die Sporozoen von (Clarke) 297.
—, Über die Virulenz der animalen (Hervieux und Charpentier) 300.
— und der Pocken, Das Kontagium der (Buttersack) 300.
— in Übereinstimmung mit den heutigen wissenschaftlichen Lehren? Steht die Impfung mit animaler (Jay) 300.
—, Über einen sonderbaren Fall von (Verneuil und Puttemans) 303.
— -Roseola (Haeften) 303.
Vaccinekommission, Bericht vor der (Crookshank) 301.
Vaccinelymphe, Gebilde aus (Buttersack) 299.
Vaccinepusteln, Eine Schutzkappe für (Haeften) 304.
—, die einen infektiösen Schanker vortäuschten (Morel-Lavallée) 303.

Vaccina ulcerosa, deren Pusteln einen infektiösen Schanker vortäuschten (Morel-Lavallée) 303.
Vagabund disease (Raynaud) 55.
Vagina, Gumma der (Fournier) 636.
Vaginitis, Formal bei katarrhalischer oder blennorrhoischer (Winkel) 594.
Varicellen, Begleitende Eruption bei (Nissim) 304.
—, Periphere Lähmung nach (Gay) 304.
—, Streptokokkeninfektion (eiterige Gelenkentzündungen, Endocarditis etc.) nach (Broca) 304.
Varicella gangraenosa (Sherwell) 332.
Varicen 664.
— des Unterschenkels (Soldani) 195; — der (Perthes) 664.
—, Nahtmethode bei der Behandlung der (Ball) 664.
Varicocele 45.
Varicöse Venen, Die Beurteilung der Folgen von Verletzungen an Unterschenkeln mit (Becker) 664.
Variola 292; — (Webber) 296; — (Wassermann) 444.
—, Bemerkungen und Fragen bei (Poster) 296.
—, Ausbruch von (Thresh) 297.
— und Syphilis (Hutchinson) 38.
— von Hospitälern aus, Die Luftübertragung der (Vail) 296; — (Evans) 296.
— und Vaccine, Die Sporozoen von (Clarke) 297.
— in Paris im Jahre 1893/94, Prophylaxe der (Martin) 297.
— und Impfung in Leicester (Priestley) 297.
—, Eine persönliche Erfahrung mit (White) 297.
— in einer Bettlerherberge (Dunlop) 298.
—, Behandlung der (Plicque) 298.
— mit Ausschluſs der chemischen Strahlen des Sonnenlichtes (Moir) 298; — (Hogner) 299.
— und der Vaccine, Das Kontagium der (Buttersack) 300.
— auf Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Fötus, Über den Einfluſs der (Voigt) 503.
— und Vaccine, Experimentelle Untersuchungen über die Identität der (Juhel-Rénoy und Dupuy) 299.
— —, Untersuchungen über (Ruffer und Plimmer) 299.
Variolaausbruch, Impfung bei (Greenwood) 301.
Variolabericht aus Bradford 297.
— aus elf englischen Städten 297.
— aus Welsall 297.
Variolaepidemie des Jahres 1893 zu Frankfurt a. M. und Umgebung (Grandhomme) 296.
Variolafall und seine Lehren (Moore) 298.
Variolaepidemie, Vaccination und Revaccination (Snell) 297.
Variolaparasiten (Pfeiffer) 510.
Variolaquarantäne und Isolierung in Leicester 1892/93 (Priestley) 298.
Vegetationen am Penis, Paraphimosis, Balanoposthitis und (Vaughan) 397.
Vena anonyma durch ein zerfallendes Gumma, Eröffnung der (Stöcklin) 651.
Venerische Krankheiten von Pavia im Jahre 1893, Bericht über die Poliklinik für (Scarenzio) 56.
— Geschwür s. Ulcus molle.
— Diseases and Genito-urinary (Chetwood) 504.
— Krankheiten, Prophylaxe der (Jadassohn) 654.
— Bubo zu den Jahreszeiten, Über die Beziehungen des Ulcus molle und des (Mastrosimone) 561.
Verbandtasche, Ein neuer Nadelhalter, zugleich Universalgriff für die (Schütz) 56.
Verbrennungen ersten und zweiten Grades, Zur Behandlung der (Leistikow) 441.
Verbrennungstod, Zur Theorie des (Silbermann) 572.
Verbrühung, Todesursachen und Organveränderungen nach (Markusfeld und Steinhaus) 573.
Verengerung, Drei Beobachtungen von rückläufigem Katheterismus bei undurchdringlicher (Legueu) 181.
Verruca vulgaris (Stowers) 236; — Beitrag zum klinischen und anatomischen Studium der (Dubreuilh) 82.
— planae juveniles (Herxheimer und Marx) 188.
Verweilkatheter (Guyon und Michon) 181.
Vitiligo (Gaucher) 231.
— mit Canities infolge von Druckwirkung (Hallopeau und Salmon) 85.
— migrans 208.
Vulvitis pruriginosa, Zur Ätiologie und Behandlung der (Sänger) 305.
Vulvovaginaltractus der Kinder. Eine klinische und bakteriologische Studie des Gonococcus Neisser in der Urethra des Mannes und im (Heimann) 490.

Wachstumsstriae, Zur Lehre von den (Vohwinkel) 195.
Wärmeapparat (Berlien) 102.
Wärmebehandlung (Welander) 102.
Wange, Induration an der (Ledermann) 172.
— einer 74 Jahre alten Frau entferntes hornartiges Gebilde, Aus der (Russel) 189.

Warzen (Rosenthal) 178.
— der Fufssohle, Beitrag zur Symptomatologie und Anatomie der (Dubreuilh) 241.
Wasserstoffsuperoxyd in der Behandlung der Blennorrhoe (Sullivan) 600.
Werlhofsche Krankheit, Chronische (Marfan) 571.
Wiederimpfung s. Revaccination.
Wismutoxyjodidgallat (Fahm) 458.
Wundheilung mit besonderer Berücksichtigung der Jodpräparate, Studien über (Zuntz und Frank) 140.

Xanthoma diabeticorum und seine Placierung unter die Dermatosen (Johnston) 649.
— — (Schamberg) 145.
— multiplex, Kongenitales (James) 189.
— — (Haslund) 190.
— — planum et papulo-tuberosum im frühen Kindesalter (Nielsen) 190.
— palpebrarum, Heredität bei (Fox) 245.
— tuberosum (Frèche) 658.
Xerodermie 125.
Xeroderma pigmentosum (Ducastel) 228.

Zehen, Deformation der (Hallopeau und Monod) 176.
Zellveränderungen bei Molluscum contagiosum, Beitrag zur Kontroverse über die Natur der (Kuznitzky) 334.
Zoster 126; — (Schlitt) 575.
— syphiliticus intercostalis (Jullien) 40.
—, Zur Pathogenese des (Lesser) 132.
—, Recidivierender (Grindon) 145. 180.
— femoro-cutaneus im Verlaufe von Carcinoma uteri (Carrière) 575.
—, Psychische Einflüsse auf die Entstehung von (Pochin) 575.
— durch Malaria, Blutuntersuchungen in Bezug auf die Entstehung des (Winfield) 575.
Zuckermengen im Harn, Nachweis geringer (Heinebuch) 148.
Zunge, Gummata der (Lewin) 172.
—, Lupus vulgaris der (Darier) 229. 559.
Zungenrandentzündung der Säuglinge, Über die erythematöse (Wertheimber) 411.
Zymoidin 597.
Zwergwuchs mit fehlenden Haaren und Nägeln (Hutchinson) 579.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abraham, P., Mutter und zwei Kinder mit kongenitaler Alopecie 232.
Abramitscheff und Semenoff, Ein Fall von vielfachen Hautsarkomen 187.
Achard, Über Hautgangrän aus inneren Ursachen (Gangraena cutanea medica) 574.
Adam, J., Hidrocystoma 244.
Adamson, H. G., Beobachtungen über die Trichophytonpilze 245. 247.
— Multipler Lupus verrucosus 234.
Addison 133. 191. 193. 662. 663.
Adenot, Ein weiterer Beitrag zum Studium der Beziehungen zwischen Haut- und Knochentuberkulose 559.
— Über eine sehr seltene Komplikation von Blasengeschwülsten. — Cystotomie wegen Harnröhrenverengerung, die durch Urininfektion kompliziert war 454.
Aitken, C. C., Ein Fall von Morbus Addisonii; Autopsie 663.
Alapy, Über das Resorptionsvermögen der Harnblase 240. 341.
Albanese 662.
Albarran, Primäres Harnröhren-Epitheliom 398.
— Hypertrophie der Prostata mit völliger chronischer Harnverhaltung. Doppelte Kastration. Heilung 648.
— 390.
Albers-Schönberg, Beitrag zur Kenntnis des Papilloma neuropathicum 578.
Albertoni, P., Beitrag zur Kenntnis des Skorbuts 572.
Aldersmith, Mikrosporon Audouini 233.
— Trichophyton megalosporon endothrix der resistenten Varietät 144. 233. 234.
Alexander, Vorstellung eines Falles von Naevus papillaris linearis unilateralis 15.
— Vaccine 302.
— 17. 129. 250. 256. 285. 331. 385. 392.
Alger, E. M., Ekzem 91.
Alibert 94. 414. 415. 417.
Alister, Gegen Enuresis nocturna 532.
Allen, G. W., Die Ätiologie und Pathologie der Impotenz 44.
— Naevus vascularis, behandelt mit Elektrolyse 289.
— Erythematöse Ringe an den Handrücken und Handtellern 492.
— 286. 288. 289. 326. 491.
Allen, J. P., Naevus maternus 578.
Altmann, Zur Technik intravenöser Injektionen 524.
Amster, L., Die Behandlung der Syphilis mit hypodermatischen Injektionen von Hydrargyrum salicylicum 525.
Anderson, McCall, Lupus erythematodes disseminatus 202.
— Die Pathologie und Therapie des Pruritus 445.
— 498.
Anderson, W., Dermatitis exfoliativa 233.
— Ein Fall von Adenoma sebaceum, vermischt mit Molluscum fibrosum 498.
Andret 556.
Andronico 210.
Anel 382.
Angelucci 507.
Angerer 240.
Antal 390.
Arlhac und Eraud, Zur Pathogenese und Behandlung der Epididymitis blennorrhoica 49.

Arning 352. 372. 373.
Arnold, Über Pseudomelanose 662.
Aronson, E., Praktische Winke zur Behandlung des Ekzems 92.
Asch, J., Zur Kasuistik der Heilserumexantheme 567.
Ascherson-Henoch 194.
Ascoli, Zwei Fälle von Hemiatrophia linguae 663.
Ashby, H., Scharlachartiger Ausschlag bei Influenza 568.
Ashmead, S., Autochthone Syphilis in Bolivia und Peru 650.
Astruc 367.
Aubert, Über den Einfluſs der Elektricität auf die Absorption durch die Haut 507.
Audéoud und Jaccart, Respiratorische und nervöse Komplikationen der Röteln 242. 296.
*Audry, Ch., Über die atrophierenden Formen der Ichthyosis und ihre Histologie 9.
*— Über die angioplastische Resorption des Epithels der äuſseren Haut 166. 348.
— Über die Rolle der Klasmatocyten bei der Chromoblastose in der Addisonschen Krankheit 191.
— Betrachtungen über die passiven Hyperkeratosen 351.
— Über blennorrhoische Diverticulitis beim Manne 406.
— Die operative Behandlung der blennorrhoischen Cystitis 406.
— Neue operative Behandlungsmethode der narbigen Urethralstrikturen 463.
— Das Pigment der Haut 652.
— 59. 61. 62. 66. 69. 72. 78. 208. 598.
Aufrecht, Die Entstehung der fibrinösen Harncylinder 108.
Augagneur, Lupus impetiginosus 32.
— Über ein eigentümliches Symptom bei Epididymitis blennorrhoica 407.
— Dermographismus 567.
Auger, Rektourethralfistel kongenitalen Ursprungs 528.
Auld, Behandlung eines Psoriasisfalles mit Thyreoidextrakt 94.
— Nebenniere und die Veranlassung des Morbus Addisonii 193.
d'Aulnay, R., Die verschiedenen Ansteckungsmöglichkeiten der Syphilis 560.
Auspitz 15. 57.
Austen, H., und Cogill, H., Notizen über 58 Fälle von hämorrhagischer Diphtherie 570,

Baaz, Lithiasis beim Weibe (Steinschnitt) 589.
Babes und Stoicesco, Diagnose von Carcinom innerer Organe auf Grund der mikroskopischen Untersuchung kleiner subkutaner metastatischer Geschwülstchen 185.
Babes und Zambilovici, Noma 354.
Baccelli 519. 525.
Bärensprung, v., 96. 210. 246. 362. 366. 371. 382.
Bärwald, A., und Blum, F., Über Loretin und Loretinsalze 460.
Bagot, W. S., Urethralstriktur beim Weibe 463.
Baginsky 34. 349.
Baker, J. W., Ist Krebs kontagiös? 185.
— Die schützende Kraft der Impfung 301.
Bako, Harnröhrenresektion bei einer mit akuter Harnretention komplizierten traumatischen Harnröhrenstriktur 240.
Bakow, Ein Fall von chronischer Entzündung der Cowperschen Drüse in Verbindung mit einer Urethro-Perinealfistel derselben 239.
Ball, Nahtmethode bei der Behandlung der Varicen 664.
Ballance 184. 185.
Ballantyne, J. W., Kongenitale Ichthyosis 351.
— Ein Fall von Hypospadie bei einem neugeborenen Kinde 397.
— Die Krankheiten und Mifsbildungen des Fötus 563.
Ballet, G., 556.
Balmano-Squire 503.
Balzer, Über die Komplikationen des weichen Schankers 344.
— Zur Behandlung gewisser sekundärer Syphilisaffektionen durch Kalomelräucherungen 523.
— 556.
Balzer und Jacquinet, Über Nierenkomplikationen des Trippers 51.
Balzer und Lacour, Bepinselungen mit Guajakol bei der blennorrhoischen Hodenentzündung 407.
— Urethrocystitis blennorrhagica gleich von Anfang an kompliziert durch schwere infektiöse Purpura 406.
Bangs, Tuberkulose und Neoplasmen der Blase. Chirurgische oder hygienische Behandlung? 306.
— 250. 385. 392 490.
Barba 398.
Barbe, Gaucher und Claude, Dermatitis herpetiformis 178.
Barbour, J. F., Syphilis des Nervensystems 39.
Barendt, F. H., Ein Fall von Cheiropompholyx 499.
— 446. 459.
Barling, G., Vergleich der Heilresultate bei suprapubikaler, lateraler Lithotomie und bei der Litholapaxie 592.
Barlow, R., Über Adenomata sebacea 651.
— 572. 582.

Barlow, Th., Der infantile Skorbut und seine Beziehung zu Rhachitis 571.
Barrié, J., Beitrag zum Studium der Meningo-Myelitis blennorrhoica 590.
Barrier 635.
Barrucco, N., Über eine neue dreiläufige Spritze zur gleichzeitigen Irrigation von Urethra anterior, posterior und Harnblase 53.
Bartels 108.
Barthélemy, Behandlung der Blennorrhoe 595.
— 85.
Bartholin, C. 361. 364. 365.
Batemann 202. 413. 414.
Bates, H. E., Eine konservative Behandlung bei Blennorrhoe 52.
Batut, L., Syphilis der Nägel 37.
— Über die Sterno-Myositis syphilitica 344.
Baumgarten, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen 252.
— 159.
Bayet, Die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Einspritzungen von Quecksilbersalzen 26.
— 459. 460.
Bayot, Über die Indikation und Kontraindikation der Anwendung des Pyoktanins bei Hautulcerationen 95.
Bazet, Injecteur uréthral und: Neuer Katheter zur Einspritzung in die Harnröhre 28.
Bazin 88. 89. 90. 94. 96. 202. 246. 310. 352. 415. 416.
Bazy 530.
Beard 318.
Beatty 20. 647.
Becker, L., Die Beurteilung der Folgen von Verletzungen an Unterschenkeln mit varikösen Venen 664.
Bednar 349.
Beer, B., Über Sklerodermie 196.
— 149.
Behrend, G., Zur Pathologie und Therapie der Pityriasis versicolor 206.
— 205. 206. 209. 210. 429.
Behring 514. 567.
Beier, E., Über einen Fall von Naevus subcutaneus (Virchow) mit hochgradiger Hyperplasie der Knäueldrüsen 136.
Beigel 368.
Belfield 448. 489. 583.
Bell, J., 328. 448. 489.
Bendel, S., Meningitis bei Scharlachkranken 293.
Beneke 150.
Béniqué 341. 346.
Bennet 423.
Bérard, Aktinomykose 356.
— Temporäre Cystotomia suprapubica wegen Blasensteine 588.
Berg, Fritz, Die Syphilis in ihren Beziehungen zu Knochen- und Gelenkerkrankungen 38.
*Bergh, R., Beitrag zur Kenntnis der Entzündung der Glandula vestibularis major (Bartholini) 361.
— 365. 367. 373. 380. 381. 383.
Berger, Subkonjunktivale und palpebrale Abscesse im Verlaufe von konjunktivaler Blennorrhoe 411.
Bergéron, L., 556. 558.
Bergengruen, P., Ein Beitrag zur Kenntnis der Kehlkopflepra 28.
Berlien, E., Für die Erhaltung konstanter Wärme konstruierter Apparat (Hydrothermostat) 102.
Berliner, C., Referate: 25. 41. 45. 55. 88. 94. 106. 140. 145. 147. 181. 183. 185. 187. 189. 191. 193. 199. 202. 205. 232. 237. 248. 251. 291. 326. 329. 331. 340. 348. 349. 353. 356. 386. 395. 408. 447. 451. 453. 458. 490. 496. 499. 501. 506. 519. 523. 568. 570—575. 586. 588. 592. 593. 648. 650. 661. 665.
Bernstein, E. J., Vorübergehende Hemianopsie auf syphilitischer Basis 33.
Besnier, E., Behandlung der Cystitis blennorrhoica 49.
— Verschiedene Diskussionen über die Behandlung der Syphilis 638.
— 98. 134. 175. 228. 229. 230. 235. 310. 456. 556. 637.
— und Hallopeau, Erythema scarlatiniforme recidivans 230.
Bidder 124. 125. 127.
Bidenkap 57. 434. 435.
Bidwell 325. 326.
Biegelow 590.
Bier 497.
Bilfinger, Zur hygienischen Hautpflege 511.
Billroth 368.
Birch-Hirschfeld 210.
Blackford, C. M., Die Pathologie und Behandlung der Blennorrhoe 404.
Blaschko, Über sog. Nervennaevi 15.
— 16. 17. 144 173. 174. 465. 466. 469. 478.
Bleibtreu 232.
Block, J., Ein Fall von Keloid aus ungewöhnlicher Ursache 87.
Blokusewski, Zur Verhütung der blennorrhoischen Infektion beim Manne 142.
Blum, F., und Bärwald, A., Über Loretin und Loretinsalze 460.
Bockhart 51.
Bodenstein, Beiträge zur Chirurgie der weiblichen Harnorgane 239.
*Boeck, C., Chromsäure-Lapisätzung in der syphilidologischen Praxis 81.
*— Bleiwasserliniment in der Hauttherapie 120.

*Boeck, C., Oleum physeteris s. chaenoceti, Entenwalöl, als Salbenconstituens besonders bei der Behandlung von Acne vulgaris 228.
*— Ein Frostmittel 171.
— 21. 57. 59. 659.
Boeck, W., 434. 435.
Böhme 310.
Boerhaave 367.
Bogdanow, Rheumatismus blennorrhoicus 646.
Bohland, K., Über die Konservierung der organisierten Harnsedimente, insbesondere der Harncylinder 104.
Boll 55.
Bollet, E., Zur Pathogenese und Behandlung der Epididymitis blennorrhoica 408.
Bollinger 157. 159. 507.
Bolognini, Frühzeitiges Erkennungszeichen der Masern 295.
Bouchard 316. 482.
Boltz, R., Ein Fall von Akromegalie mit Sektionsbefund 190.
Bouffé, Die Psoriasis und ihre Behandlung nach dem Brown-Séquardschen Verfahren 94.
Boulengier, Hereditäre Syphilis 518.
Bouqué 46.
Bourdillon 94.
Bourgeois 158.
Bourguet 463. 507.
Bourneville, Ein Fall von kongenitalem Myxödem 668.
Bowen 114. 115.
Boyer und Guinard, Undurchdringlichkeit des gesunden Blasenepithels für Arzeneien und Gifte 530.
Braak 55.
Bradbury 453.
Bramann 158. 355.
Bramwell, Byron 94. 640.
*Brandt, H., Das Leistensystem der Oberhaut beim Hunde 465.
Brasch, M., Zum Kapitel der Antipyrinexantheme 569.
Braun, J., Beitrag zur Behandlung des Ekzems 91.
Breakey, W. F., Zwei Fälle von Hauttumoren 456.
Breda, A., Beitrag zu den Keratodermien 456.
Breton 369.
Brewer, G. E., Betrachtungen über einige strittige Punkte in der Ätiologie, Diagnose und Prognose der Blennorrhoe 404.
— Vesikale Neurose 529.
— Ausspülung der Blase und Urethra ohne Katheter 581.
— 330. 587.
Briant, Prolaps der Urethra bei einem sechsjährigen Mädchen 156.
Brieger 445.
Brinton 463.
Broca, Streptokokkeninfektion (eiterige Gelenkentzündungen, Endocarditis etc.) nach Varicellen 304.
— 229.
Brocq, L., Typisches Ekzem im Medianus- und Radialisgebiet 90.
— 89. 175. 266. 267. 268. 332. 344. 637.
Bron und Poncet, Die Behandlung der prostatischen Hindernisse 46.
Bronson, Fall von unilateraler Lentigo im Gesicht 491.
— 350.
Brooke 445. 456. 498.
Browicz 506.
Brown, Drei Fälle von Tuberkulosis 385.
— 186. 529. 587.
—, T., Ein Fall von Blennorrhoe bei einem 12jährigen Knaben 385.
— Tuberkulose des Urogenitalapparates 391.
— Über eine Abortivkur einer Blennorrhoe durch Silbernitrat 597.
— 392.
Brown-Séquard 94.
Bruck, A., Doppelseitige syphilitische Erkrankung des äußeren Gehörganges (Condylomata) 34.
Brünske, W., 370.
Brusachi 390.
Bryant, J. D. 31.
Bryson, J. P., Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie; viermonatliche Beobachtung 447. 488.
— 27 Prostatamyomektomien 447. 488.
— Die Radikalbehandlung von Harnröhrenstrikturen 464.
— 327. 329. 447. 489. 490.
Buchanan, G., Lithotomia suprapubica; großer Stein 592.
*Buck, E., Histologie der Hautentzündung durch Pyrogalloleinwirkung 601.
— 34.
Buek, de, und Walton, Das Europhen in der Chirurgie 459.
Buffet 458.
Bulkley, L. D., Fall zur Diagnose 286.
— 286. 289. 290. 650.
— und Cutler, Behandlung des Lichen planus 290.
— 560.
Bumm 369. 372. 373. 555.
Bumstead 58.
Burchardt, Behandlung der Konjunktivalblennorrhoe 50.
— 238. 445.
Burci, E., Beitrag zum Studium der blennorrhoischen Gelenkentzündungen 455.
— 555.
Burckhardt, E., Zur Frage der primären Blasennaht 342.

Burnett, E. C., Fall von frühzeitiger Verstopfung der Ductus ejaculatorii 500. 488.
— 490.
Busch, J. P. zum, Die Schilddrüsenbehandlung bei Myxödem und verschiedenen Hautkrankheiten 448.
Buss, Ein Fall von akuter Dermatomyositis 358.
Buttersack, Weiteres über das von mir beschriebene Gebilde aus Vaccinelymphe 299.
— Das Kontagium der Vaccine und der Pocken 300.
— 444.
Buzzi 124. 125. 126. 127.

Cabot, A. T., Carcinom der Urethra 447.
— 448. 489.
Cagney, Naevi 579.
Cameron, Madoch 94.
Campana 88.
Campanini, Über die therapeutische Wirkung der Toxine bei malignen Tumoren 655.
Cantani 107. 149. 342.
Cantrell, J. A., Tinea circinata mit zwei Ringen 458.
Carini, Über eine abgeschwächte Form der sog. Ichthyosis sebacea (Ichthyosis lamellaris) 499.
Carr, W. L., 200.
Carrière, Herpes zoster femoro-cutaneus im Verlaufe von Carcinoma uteri 575.
Carruccio, Erythema polymorphum phlyctaenoides 88.
Carslaw, J. H., Die schwereren Formen des Scharlachfiebers mit besonderer Berücksichtigung der antipyretischen Behandlungsmethode 293.
Carter, W., Kongenitale Striktur 462.
Cartney, J. H., Elftägige Urinverhaltung 529.
Casarini, C., Neurasthenia urinaria 528.
Caspary 351.
Casper 23. 346. 392. 393. 394. 405.
du Castel, Pagetsche Krankheit 637.
Catellani, Zwei Fälle von primärer Tuberkulose der Mamma 516.
Cattle, Bemerkungen zur Ätiologie des Krebses 185.
Cauchard, Über Calomel-Traumaticin als Antisyphiliticum 524.
Cautlie 29.
Cavafy, Zur Diagnose 233.
— Dermatitis herpetiformis oder Hydroa 236.
Cazenave 94. 134. 202. 415.
Cazeneuve 459. 460.
— und Rollet, E., Behandlung der Blennorrhoe mit Gallobromol 54.
Ceconi, Über den Einfluß des Ichthyols auf die Ausscheidung von Stickstoff, Schwefel und Phosphor 668.
Cely 299.
Chalmers, Scarlatina und scarlatinöse Halsentzündung, ein Beitrag zur Übertragung durch Milch 294.
Chambon 300.
Chantemesse, Syringomyelie in Gestalt einer Akromegalie 662.
Chapelle, Über Albumennachweis 148.
Chapmann, Denis, Die Harnmikrobien im allgemeinen und der Urobacillus liquefaciens septicus im besonderen. Beitrag zum Studium der Pathogenie der Harninfektion 104.
Charcot 199.
Charpentier und Hervieux, Virulenz der animalen Lymphe 300.
Charrier und Klippel, Pathologisch-anatomisches und klinisches Studium der syphilitischen cerebralen Arteriitis auf Grund einiger Beobachtungen 253.
Chary, G. W., Über acquiriertes und kongenitales Myxödem und den Gebrauch von Thyreoidextrakt 198.
Chauffard 407.
Chauveau 530.
Cheesman, Hoher Blasenschnitt wegen Blasenblutung 592.
Cheinisse 59.
Chetwood, C. H., Genito-urinary and Veneral Diseases 504.
Chevallereau, A., Über die Keratitis heredo-syphilitica tardiva 561.
Chiappa, Drei ungewöhnliche Fälle von Favus 561.
Chismore, G., Traumatische Zerreißung der Urethra mit Wiederherstellung nach 36 Jahren 448.
— 327. 329.
Chotzen, M., Alumnol, ein Antiblennorrhoicum 23.
— Über einen eigenartigen Fall von Lichen ruber planus mit atypischem Verlaufe 332.
— 207. 211.
Chrzaszczewski, Neue Behandlungsmethode der Blennorrhoe mit Injektionen warmer Borsäurelösungen 54.
Chwostek, Über paroxysmale Hämoglobinurie 151.
Cimino, B., Über Harnretention im Verlaufe von Blennorrhoe 405.
— Behandlung der akuten und chronischen Blennorrhoe 595.
Claasen 140.
Claessen, Über die Behandlung der Syphilis mit 50%igem Oleum cinereum 525.
Clarke, J. J., Sporozoa im Sarkom 186.
— Die Sporozoen von Variola und Vaccine 297.

Clarke, J. J., Einige Beobachtungen über die Morphologie der Sporozoa von Variola, sowie über die Pathologie der Syphilis 297.
— Bemerkungen über das Epithelioma contagiosum und Coccidium oviforme 659.
Classen 384.
Claude, Gaucher und Barbe, Dermatitis herpetiformis 178.
Claus, Eine Masern- und Rötelnepidemie 294.
Coffin, Beitrag zum Studium der Lepra auf den Inseln Mauritius und Reunion 243.
— Die Behandlung des Ekzems mit Guttaperchapapier 92.
Cogill, H., und Austen, H., Notizen über 58 Fälle von hämorrhagischer Diphtherie 570.
*Cohn, Moritz, Syphilis haemorrhagica neonatorum oder Sepsis? 209.
— 143. 309.
Cohnheim 251. 505.
Coley, W. B., Die Behandlung inoperabler, maligner Geschwülste mit den Toxinen des Erysipels und dem Bacillus prodigiosus 183. 657.
Colhoun 226. 272.
Collins, J., Über einige Affektionen des Nervensystems, welche im frühen und späteren Stadium der acquirierten Syphilis auftreten 145. 179. 250. 457.
*Colombini, P., Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen an einem Falle von Harnröhrentripper mit Gelenks- und Hautaffektionen 548.
— Neuere Untersuchungen über den Streptobacillus des venerischen Geschwürs 100.
— Die Sulfuraria der Thermen von S. Filippo in der Behandlung der Hautkrankheiten 512.
— 59. 61. 62. 64. 65. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 77. 78. 79. 561.
Conroy 210.
Copemann 299.
Cormick, J. H. Mc, Überimpfbarkeit des Ekthyma 353.
Cornil 108. 372. 432.
Cotterell, Lithotomie der Ureteren 307.
— Die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Syphilis-Antitoxin 647.
Coulland, Die ideale Cystotomie 591.
Courcy, W., Ein Fall von Syphilis haemorrhagica bei einem Neugeborenen 518.
Cousins, J. W., Eine verbesserte Methode, Katheter zu desodorisieren und zu reinigen 395.
Cowan 304.
Credé 142. 404.
Crippa, J. F. v., Über das Vorkommen der Gonokokken im Sekrete der Urethraldrüsen 403.
Crocker, R., Gelbliche Plaque an dem oberen Teile der linken Schläfe 233.
— Fibromata oder Fibrosarcomata 233.
— Fall von acquirierter Ichthyosis 237.
— Die Verwendung von Salicyl und dessen Derivaten bei Psoriasis und einigen anderen Hautleiden 351.
— 20. 233. 235. 326. 453. 498. 642. 647.
Croft 156.
Crookshank, Bericht vor der königl. Vaccinekommission 301.
— Geschichte und Pathologie der Impfung 563.
Crossfield, C. B., 581.
Cubasch, „Wendung und Extraktion" einer in die Harnblase geratenen Haarnadel 584.
Cullerier 556.
Cumston, Die Behandlung der blennorrhoisch infizierten Urethra des Weibes mit Irrigationen von Kaliumpermanganat 650.
Curtis 114. 115.
Cuthbert, F., Ein Fall von Pemphigus foliaceus 349.
Cutler, Fall von Onychia syphilitica 491.
— und Bulkley, Behandlung des Lichen planus 290.
Czaplewski 537. 543.

Dacosta, J. C., Abortivbehandlung der Blennorrhoe mit Oleum Cinnamomi 54.
Dähnardt 232.
Daggett, B. H., Gymnastik und Irrigation der Harnblase 581.
Le Damany und Hallopeau, Lupus erythematosus oder Folliclis 85.
— Über eine allgemeine Parakeratose der Nägel ohne bemerkbare Ursache 177.
Dandois 53.
Danielssen, D., 451.
Danlos, Lupus erythematosus 134.
Darier, Zwei Fälle von Addisonscher Krankheit 133.
— Lupus vulgaris der Zunge 229. 559.
— Doppelte sekundär-syphilitische Epididymitis 636.
— Ein Fall von Finnenkrankheit beim Menschen 636.
— 21. 22. 85. 131. 184. 637.
Darkschewicz, L. O., Über Tabes dorsalis als syphilitisches Leiden des Nervensystems 43.
Daunic, M., Ein Fall von supplementärer Eichel 396.
Davies-Colley 355.
Deahana 210.

Deanesley, E., Die operative Behandlung von Urethralrupturen 526.
Deaver, J. B., Behandlung von Harnröhrenwucherungen mittelst einer kreisförmigen, scharfen Curette 400.
Debaiseux, Indikationen des Blasenstichs 590.
— Ein Fall von Cystotomia suprapubica 591.
Debreyne 366.
Dehio, Die Syphilis des Herzens 252.
— Über die Verbreitung der Lepra auf der Insel Ösel, nach ihrem ätiologischen Zusammenhange betrachtet 514.
Dejace 98.
Délagénière, H., Pathogenese und Behandlung der Cystocele inguinalis 585.
Delaroche 53.
Delbet 657.
Delbet, P., und Mouchet, A., Rectitis hypertrophica proliferans et stricturans 97.
Demme 37. 144. 174. 232.
Democrit 366.
Depage, Beitrag zum Studium der malignen Tumoren der Mamma. Pseudo-Pagets disease 184.
Derville, L., und Vallin, P., Myositis gummosa des Vorderarmes 39.
Desguin, Polyp der Harnröhre von ungewöhnlichem Umfange 399.
Destot, Über die Absorption durch die Haut 507.
Deutschmann 406.
Devergie 94. 413. 417. 418. 451.
Dhargalkher, Pityriasis rubra mit Solanum nigrum behandelt 92.
Diday 46. 527. 549.
Diemerbroeck 366.
Dieulafoy, Über occulte Tuberkulose der Mandeln 516.
Dinkler 406.
Djouritch 151.
Dittel, v., Hundert Blasensteinoperationen (700—800) 587.
— 238.
Dockerell 647.
Döhle, Über Aortenerkrankung bei Syphilitischen und deren Beziehung zur Aneurysmabildung 651.
Doin 636.
Donkin, Die Diagnose der „Röteln" 295.
Doumer, Über die Behandlung chronischer Unterschenkelgeschwüre durch statische Elektricität 196.
Doutrelepont 135.
Downie, W., Fall von gutartiger Mykose der Tonsille 347.
— Beschreibung eines Falles von Lupus der Nase und des Rachens in frühem Stadium 517.
Doyon 104. 235.
Dreyse 11.
Dubois-Havenith, Über die Beziehungen der Syphilis zum Diabetes 37.
Dubreuilh, W., Beitrag zum klinischen und anatomischen Studium der Verruca vulgaris 82.
— Über die Acne necrotica 98.
— Beitrag zur Symptomatologie und Anatomie der Warze der Fufssohle 241.
— Über einen Fall von Erythema pellagroides 345.
— Über die Exantheme bei Serumtherapie 567.
— Hauteruption hysterischen Ursprungs 574.
— 59. 61. 62. 66. 67. 68. 69. 71. 72. 78. 269.
Ducastel, Xeroderma pigmentosum 228.
— 298.
Duchesnan 191.
Duclaux 482.
*Ducrey, A., Noch einige Worte über das Wesen des einfachen, kontagiösen Geschwüres 57.
— 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 100. 101. 102. 345. 637. 644.
Düring, E. von, Klinische Vorlesungen über Syphilis 502.
Dugan, V. C., Drainage der Blase nach suprapubikaler Cystotomie 180.
Duhring 25. 83. 84. 122. 501. 562.
Dukes, Cl., Die Unterschiede zwischen epidemischer Roseola (Röteln) und Masern und Scharlach 294.
Dun 94.
Dunlop, Pocken in einer Bettlerherberge 298.
Dupuy und Juhel-Rénoy, Experimentelle Untersuchungen über die Identität der Variola 299.
Dupuytren 194. 375. 396. 444.
Duverney 361.

Eddowes, A., Hypertrophie des Nagels 325.
— Fall von Angiokeratosis 325.
— Reflexjucken 446.
— Ein Fall zur Illustration der Infektion bei Hautkrankheiten 506.
Eder 150.
Eggert 323.
Ehlers, Ed., Syphilis und Dementia paralytica auf Island 42.
— Antwort auf den Artikel von Dr. phil. Finnur Jonsson 43.
— 43.
Ehrenberg, Die Behandlung des Furunkels und der Furunkulosis 97.
— 517.
Ehrlich 84. 251. 506. 514.

Ehrmann, S., Über Folliculitis (Sykosis) nuchae sclerotisans und ihre Behandlung nebst Bemerkungen über Haargruppenbildung 492.
— Die Weigertsche Fibrinfärbungsmethode und das Studium des Oberhautpigments 653.
— Über die Entwickelung des Pigments bei urodelen Amphibien 653.
Einhorn, Referate: 30. 91. 92. 94. 95. 189. 199. 202. 347. 351. 391. 392. 397. 401. 403. 404. 405. 460. 462. 512. 516. 517. 523. 525. 526. 527. 532. 583. 584. 587. 592. 598. 599. 657.
— 149.
Eisenlohr 190.
Ekelund, K., Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe nach der Janetschen Methode 136.
Eldredge, Cl. S., Europhen 460.
Elkind, L., 571.
Elliot, G. T., Drei Fälle von Dermatitis herpetiformis bei Schwangerschaft (Herpes gestationis) 576.
— 19. 286. 287. 288. 491.
Elsenberg 311.
Emmerich und Scholl, Klinische Erfahrungen über die Heilung des Krebses durch Krebsserum (Erysipelserum) 656.
Emminghaus, H., 93.
Engel-Reimers, J., Über Schilddrüsenschwellung in der Frühperiode der Syphilis 36.
Engert 601.
Englisch, Über doppelte Harnröhre 239.
— Angeborene Spaltung des Penis und Hypospadie 240.
— Über ein Katheter-Itinerarium für hohen Blasenschnitt 394.
— 155.
Epstein 210. 349. 494. 589.
Eraud 408.
— und Arlhac, Zur Pathogenese und Behandlung der Epididymitis blennorrhoica 49.
Erb 128.
Erdmann, J. F., Ein in der Harnblase eines Mannes abgebrochener Metallkatheter 585.
Erlenmeyer 617. 619. 621.
Eschbaur 148.
Esmarch, v., Die Diagnose der Syphilome; wie lassen sich die syphilitischen Sarkome und Lymphome anatomisch und klinisch von anderen Sarkomen und Lymphomen unterscheiden? 443.
— 454.
Etienne, Behandlung der akuten Prostatitis 45.
— und Spillmann, Polyneuritis infolge von akuter und subkutaner Quecksilberintoxikation 461.
Eudlitz, Tuberkulöse, trockene, flächenförmige Syphilide. Syphilis von 38 jähriger Dauer 177.
— Syphilitischer Schanker des Gesichtes. Facialislähmung derselben Seite. Tuberkulo-krustöse Syphilide des Haarbodens und des Gesichtes 178.
Evans, P. C., Ein Fall von Schanker der Tonsille 650.
— 296.
Exner, Sigm., Ein Versuch über Lähmung und Dehnbarkeit der Harnblase 532. 581.

Fabry 33.
Fahm, J., Airol (Wismutoxyjodidgallat) 458.
Falun, Sklerodermie 666.
Farabeuf 181.
Farkas 391.
Farrar, R., Tod infolge der Vaccination 303.
—, T. D., Kalium permanganicum und Zincum sulphuricum als Injektionen bei Blennorrhoe 599.
Faulds, G., Über zwei Fälle von Cystitis 582.
Favre 154.
Fazio, Sklerodermie 196.
Fehlberg 299.
Fehleisen 99. 394.
Fehling 148.
Feibes, E., Zur Behandlung des Ulcus molle 449.
Feld, C. R., Ein weiterer Fall von Blennorrhoea insontium 464.
Feleki, Hugo, 369. 581.
Felice, L., Pustula maligna rasch geheilt mittelst Elektrolyse 356.
Feliciani, Das Chrysarobin bei der Psoriasis 95.
Felsenthal, S., Beiträge zur Ätiologie und Therapie des Erysipels 99.
Fergusson 391.
Ferrari 62.
Ferraud 407.
Ferria, Ungewöhnliche Abart von Hämaturie in einem Falle von Blasengeschwulst 347.
Feulard, Pyodermitis impetiginosa des Gesichtes; Stomatitis; Adenophlegmone des Halses; Albuminurie 84.
— Lichen scrophulosorum 85. 229.
— Fall von Collesschem Gesetz bei einer Amme und über das Verhalten des Arztes 177.
— Die Verallgemeinerung der Kalomelinjektionen 638.
— 229. 348.
Fiesinger, Ch., Über Anomalien und Komplikationen von Masern 295.

Finger 33. 35. 57. 401. 403. 410. 440. 441. 502.
Fischer, E., Ein Fall von Erythromelalgie 576.
— Über Hämophilie 570.
— 299.
Fischl 210. 350.
Flemming 252. 444. 608. 610.
Fleury 49.
Foa 659.
Förster 55.
Folina, F., Über die Epicystotomie beim Kinde, mit vollständiger Blasennaht 591.
Forbes, Über die Filaria Medinensis seu Dracunculus 207.
— Die Beseitigung von Blasensteinen 589.
Forchheimer 200.
Fordyce, Kongenitale Alopecie 286.
— Fall von Jodoform-Dermatitis 288.
— Naevus der Lippe 491.
— 286. 288. 289. 350. 491.
Fosse 49.
Foster, B., Rapides Wachstum eines Naevus vasculosus 88.
Fournier, A., Über die Beziehungen der allgemeinen Paralyse zur Syphilis 43.
— Die Syphilis der Ärzte 243.
— Über Syphilis tarda 254.
— Die Stigmata der hereditären Syphilis 255.
— Der Tertiarismus praecox 518.
— Gumma der Vagina 636.
— 41. 201. 409. 457. 503. 521. 522. 637. 639. 644. 654.
Fournier, H., Zur Technik der Skarifikationen bei Behandlung der Acne rosacea 242.
— Über einige Abänderungen in der Technik der Skarifikationen bei Acne rosacea 502.
Fox, C., Fall von Lichen pilaris 233.
— Erythema elevatum diutinum 234.
— Raynaudsche Krankheit 234.
— Erythema multiforme 234.
— Kind mit excessiven kleinen schwarzköpfigen Komedonen 236.
— 234. 647.
Fox, G. H., Junges Mädchen mit Knotensyphiliden an der Nase 290.
— Fall von Dermatitis circinata 491.
— 31. 287. 491.
Fox, T. C., Heredität bei Xanthoma palpebrarum 245.
— Multiple Keloide 245.
— Über Acne scrophulosorum bei Kindern 646.
— 351.
Fränkel, E., Über die sog. Bednarschen Aphthen 349.
— 347.
Frank 562.
Frank, E., und Zuntz, N., Studien über Wundheilung mit besonderer Berücksichtigung der Jodpräparate 140.
Franke, K., Das Wesen und die Behandlung der Acne vulgaris 98.
— 167.
Franks, K., Ungewöhnlich grofse Analfibroide 189.
Frantz, E., Beitrag zur Lehre von der Dermatitis herpetiformis 576.
Frattali, Entzündliche und kongenitale Phimose 88.
Frèche, Auf Hysterie beruhenden Fall von Trophoneurosis cutanea 570.
— Ein Fall von Xanthoma tuberosum 658.
Fredy, Hans, Der Congressus interruptus als ätiologische Basis nervöser Störungen in der Genitalsphäre 45.
Freund, Sigm., Über ein Symptom, das häufig die Enuresis nocturna der Kinder begleitet 582.
Freyer, 852 Operationen von Blasensteinen 588.
Fricke 362. 381.
Friedheim, L., Über die Einwirkung einiger organischer und anorganischer Säuren auf die menschliche Haut 332.
— Einige Bemerkungen über Veränderungen der Haut nach Quecksilbergebrauch und über einen Fall von Digitalisexanthem 569.
— Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie 666.
Friedeberg 108.
Friedländer 154. 201.
Frisch 559.
Fuchs 417.
Fürbringer 55.
Fürst, Fall von Spina bifida occulta mit Hypertrichosis lumbalis 579.
— 17.
Fürst, L., Infantiler Skorbut oder hämorrhagische Rhachitis? 572.
Fürst, M., Über die Abortivbehandlung der Blennorrhoe nach der Janetschen Methode 598.
Fuller, E., Sechs erfolgreich behandelte Fälle von Prostatektomie 179. 447.
— Bemerkungen über die Samenbläschen 329.
— Über die klinischen Symptome der chronischen perivesikalen Entzündung 330.
— 327. 330. 331. 385. 447. 489. 529.
Furthmann 620.

Galen 366.
Galewski, Über sogenannte „leproide Trophoneurose“ 131.

Galezowski, Die von hereditärer Syphilis abhängigen Augenaffektionen 519.
Galloway, J., Fall von chronischer, exfolitativer Entzündung der Unterlippe 234.
— Über die Natur und die Veranlassung der Hauteruptionen, welche im Gefolge von Nervenkrankheiten auftreten 446.
— 447.
Gallozi, Epithelioma penis 398.
Gangolphe, Voluminöser Blasenstein 589.
— 42.
Gardiner 113.
Garrod 107.
Gaston, Keratosis pilaris und Syphilis 84.
— Panaritium analgeticum und Mala perforantia bei einem Tuberkulösen mit Syringomelie und multipler peripherer Neuritis 134.
— Über ekzematoide trophische, symmetrische Störungen der Mittelfingerspitze und Prurigo 177.
— Hereditäre Syphilis in der letzten Generation 687.
Gaucher, Vitiligo 231.
— Sporadische Pellagra 231.
— Das vollständige Fehlen von Mikroorganismen im Eiter eines akuten Bubo infolge von Blennorrhoe 231.
—, Barbe und Claude, Dermatitis herpetiformis 178.
Gawronsky, Über das Vorkommen von Mikrobien in der normalen Urethra des Weibes 156.
Gay, Ein Fall von peripherer Lähmung nach Varicellen 304.
Gaylord, H. R., Die Behandlung von weichen Schankern und Feigwarzen mit Formalin 102.
Geber 352.
Gebert, Ein Fall von Sklerodermie 197.
Geley und Guinard, Sparteineinpinselungen bei akuten Infektionskrankheiten mit Hauteruptionen 292.
Gemmell, W., Blasendilatation infolge Retroversio uteri 584.
Gémy, Lepra trophoneurotica 515.
Le Gendre, Septikämie im Anschluſs an Stomatitis bei einem Säugling mit hatnäckigem Eccema und Durchfällen 345.
Genouville, Über die Kontraktilität des Blasenmuskels 528.
Gerhardt, C., Über das Verhältnis von Psoriasis zu Gelenkerkrankungen 93.
— 179. 283.
Gerlach 367. 419.
Germont 108.
Geroni 524.
Gerster, A. G., 285.
Gersung 444.
Gessner 156.
Gevaert, C., Über Aristol 458.
Gibert 94.
Gibson 566.
Gieson, van 249.
— und Ransom, Beobachtungen über eine ungewöhnliche Form von Hauttuberkulose 248.
Gilbert-Ballet, Syphilis, amyotrophe Lateralsklerose vortäuschend 43.
Gioffredi und Zinno, Beitrag zur Pathologie der Addisonschen Krankheit 662.
Giovannini, S., Über die durch die elektrolytische Epilation hervorgerufenen histologischen Veränderungen 332.
— 208. 637.
Gläser, J. A., Giebt es einen Rheumatismus blennorrhoicus? 408.
— In Sachen des Rheumatismus blennorrhoicus 410.
Glenn 327. 490.
Gluck 448.
Godlee 307.
Göldner 148.
Goerl, Ein neues Urethroskop 392.
— 394.
Goldberg, Zwei bemerkenswerte Operationen von Blasenkrebs (Resektionen der Blase) 237.
— Über Bakteriurie 348.
Goldenberg, Ein ungewöhnlicher Fremdkörper in der Harnröhre 399.
Goldmann 167.
Golgi 575.
Goll 378.
Gollasch 481. 482. 483. 484. 488.
Goliner, Unguentum vegetabile, eine neue Salbengrundlage 460.
Gommaerts, Behandlung der Blennorrhoe der weiblichen Genitalorgane mit Alumnol 594.
Gonou 459. 460.
Goodell 360.
Goris, Lupus des Ohres und der Nase, behandelt durch Totalexstirpation 517.
Gottheil, W. J., Zur Behandlung der Psoriasis 95.
— Frühbehandlung der Blennorrhoe 599.
Gowers, W. R., Silber und Syphilis 523.
De Graaf 361. 367.
Grabowski, J. D., Ein Beitrag zur Frage über den gleichzeitigen Gebrauch der Schwefelbäder und der Inunktionskur nebst experimentellen Untersuchungen 22.
Gräfe, Über lokales traumatisches Hautemphysem nach Laparotomie 204.
Gram 60. 99. 101. 232. 246. 490. 535. 552. 553.
Grandhomme, Über eine Pockenepidemie des Jahres 1893 zu Frankfurt a. M. und Umgegend 296.

Grancher, Über die Heredo-Syphilis tarda 242.
Graw, T. A. Mc., 285.
Grawitz 424. 444.
Green, F. K., Ein Fall von Molluscum fibrosum 659.
Greenwood, Ein Bericht über die Wirksamkeit der Impfung beim Pockenausbruch in Marylebone 301.
Greer, J., Puerperale Septikämie und Pemphigus neonatorum 349.
Griffiths, G. W., Bericht eines Falles, bei welchem weifses Haar unter dem Einflusse strenger Kälte schwarz geworden ist 501.
Grifftihs, P. R., Ein an der Stelle einer frischen Fraktur sich entwickelndes Sarkom 187.
Grimm, Zur Physiologie und Pathologie der Haut mit mikroskopischen Demonstrationen 14.
— Beiträge zum Studium des Pigments 143.
Grindon, J., Recidivierender Zoster 145. 180.
Grofsmann, L., Unilaterale Lidhaut-Gangrän mit konsekutivem Ectropium cicatriceum 665.
Grotjahn, A., Beitrag zur Lehre von der Purpura 571.
Gruby 246. 416. 616. 617.
Grünberg, Referat 646.
Gruenfeld, J., Endoskopische Befunde in der Pars prostatica urethrae bei gewissen willkürlichen Bewegungen 394.
Gudden 416. 428.
Guentz, Edm., Salbenspritze und Harnröhrenpulverbläser 56.
Guérin 375. 383.
Guida, Über alimentäre Dermatosen bei Kindern 566
Guillenet und Hallopeau, Über zwei alte und zwei neue Fälle von Mykosis fungoides 176.
— Über einen Fall von akneartigem Lupus erythematosus destinens mit follikulären Eiterungen 231.
Guinard, Neue Pinzette für Hautnähte 600.
— und Boyer, Undurchdringlichkeit des gesunden Blasenepithels für Arzeneien und Gifte 530.
— und Geley, Sparteineinpinselungen bei akuten Infektionskrankheiten mit Hauteruptionen 292.
Guire, Mc. 588.
Guiteras, R., Rheumatismus blennorrhoicus und dessen Behandlung 48.
— Gegenwärtige Behandlung der Urethritis in New York 329.
— Bericht über einen Fall von spitzen Kondylomen des Penis, welche durch die Resorption ihres septischen Sekrets Phimose und Lymphangitis, sowie sekundäre Gangrän des Dorsum hervorriefen 659.
Guiteras, R., 330.
Guldberg 228.
Gumpertz, Rückenmarksyphilis 128.
— Hirnsyphilis 125.
Gumpralt, J., Die Fragmentation der roten Blutkörperchen und ihre Bedeutung für die Diagnose der Hämaturien 151.
Gussenbauer 186.
Guthrie 362.
Guttmann, W., Über gummöse Lymphome 36.
Guyon, Störungen beim Urinieren bei Neubildungen der Blase 531.
— 28. 52. 181. 390. 391. 405. 463. 529. 530. 582. 583.
— und Michon, Beitrag zum Studium des Verweilkatheters 181.

Haccius 299.
Haeften, F. W. van, Roseola-Vaccine 303.
— Eine Schutzkappe für Vaccinepusteln 304.
d' Haenens, Behandlung der Urethritis 52.
— Isolierter Nachweis des Eiweifses 148.
Hänsel 380.
Haffter 585.
Hahn, F., Referate 36. 41. 44. 48. 50. 97. 98. 148. 184. 195. 200. 201. 208. 241. 252. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 343. 356. 359. 395. 409. 410. 444. 497. 510. 518. 525. 530. 531. 563. 564. 569. 576. 579. 580. 581. 587. 589. 594. 651. 652. 653. 658.
— 646.
Hahn, R., Haematoma durae matris auf luetischer Basis 39.
Hale, G. E., Scharlachausschlag nach Einläufen 568.
Halipré und Nicolle, Über eine durch Veränderungen der Haare und Nägel gekennzeichnete Familienkrankheit 231.
Halle, Über die Herstellung von plastischen Strukturbildern der Haut nach der Plattenmodelliermethode 332.
Haller 361. 362.
Hallopeau, Über eine nicht kongenitale, auf die Knäueldrüsenausführungsgänge lokalisierte Hyperkeratosis palmaris et plantaris 134.
— A propos du prurigo simple aigu 412.
— 562.
— und Besnier, Erythema scarlatiniforme recidivans 230.
— und Le Damany, Lupus erythematosus oder Folliclis 85.

Hallopeau und Besnier, Über eine allgemeine Parakeratose der Nägel ohne bemerkbare Ursache 177.
— und Guillinet, Über zwei alte und zwei neue Fälle von Mykosis fungoides 176.
— — Über einen Fall von akneartigem Lupus erythematosus destinens mit follikulären Eiterungen 231.
— und Jeanselme, Über eine Ichthyose mit Hypertrophie eine Sklerodermie vortäuschend 637.
— und Leredde, Über einen Fall von Adenoma sebaceum des Gesichtes und des Rumpfes 133.
— und Macrez, Behandlung des Ulcus molle phagedenicum 637.
— und Monod, J., Über zwei Fälle von Lupus erythematosus mit abnormer Lokalisation 133.
— — Über einen Fall von Deformation der Finger und Zehen 176.
— — Über einen Fall von pustulöser und vegetierender Dermatitis mit exzentrischer Ausbreitung und über einen Fall von Dermatitis herpetiformis vegetans 230.
— und Salmon, Ein Fall von Vitiligo mit Canities infolge von Druckwirkung 85.
Hammarsten 482. 483.
*Hammerschlag, L., Zur Histologie des Milzbrandödems 157.
Hamonic 97.
Hansemann 514.
Hansen 30. 134.
Harder 361.
Hardmann, W., Ist Krebs erblich? 185
Hardy 175. 344. 560. 562.
Harlingen, A. van 31.
Harnack, E., Ein Fall von akuter Vergiftung nach gleichzeitiger externer Anwendung von Tannin und Kaliumpermanganat 568.
Harrison 156. 307. 498. 592. 593.
Hartman 210.
Haslund, Xanthoma multiplex 190.
— Dermatitis herpetiformis 576.
Hasse 373.
Haug, R., Beiträge zur Klinik und mikroskopischen Anatomie der Neubildungen des äußeren und mittleren Ohres 506.
Hayden, J., Injektionen von Jodoformsalbe bei der Behandlung der suppurativen Adenitis der Leistendrüsen 328.
— Fall von doppelseitiger Kastration wegen Prostatahypertrophie 385.
— 385. 448. 489.
Hebra, F. 19. 85. 208. 263. 264. 265. 266. 268. 269. 270. 416. 423. 428. 429. 492. 503. 562. 569. 642.
— H. von, 131. 283. 492. 493.
Hegar 463.
Heiberg, J. 362. 364. 365.
Heimann, H., Eine klinische und bakteriologische Studie des Gonococcus Neisser in der Urethra des Mannes und im Vulvovaginaltractus der Kinder 490.
Heinebuch, A., Über den Nachweis geringer Zuckermengen im Harn 148.
Heitzmann, L., Normale und pathologische Histologie des Unterhautfettgewebes 493.
— 493.
Heller, J., Therapeutische Erfahrungen mit dem Thiol 450.
— Über Thiol 122.
— 117. 172. 173. 634. 667.
— und Lewin, G., Die Sklerodermie 665.
Heller, R., Ein Fall von Herpes pharyngis 574.
Henle 108. 363. 367.
Henoch 283. 349.
Hense 458.
Hepp 358.
Herbst 375.
Hermet, Das Eccema des äußeren Gehörganges 90.
Herrmann 147.
Hersler, J. C., Behandlung der Cystitis 583.
Hervieux, Über die Virulenz der animalen Kuhpockenlymphe 300.
— Impfung in den Schulen 301.
— 556.
— und Charpentier, Virulenz der animalen Lymphe 300.
Herxheimer 536.
— und Marx, Zur Kenntnis der Verrucae planae juveniles 188.
Heryng 347.
*Herz, A., Über Nosophen 384.
— Über gutartige Fälle von Dermatomyositis acuta 358.
Heubner 253.
Heydenreich 201.
Heyder 239.
Heymann, P. 282. 283.
Hildebrand, B., Statistisches und Klinisches über Scharlach 292.
Hildebrandt 167. 368.
Hildebrandt, H., Zum Nachweis von Albumosen im Harn 148.
Hill, E. B., Ein Fall von Muschelvergiftung mit tödlichem Ausgange 570.
—, L. L., Elephantiasis 357.
Hine, A., Ein typischer Fall von Ainhum 202.
Hingston, W. G., Blasenstein; die zu wählende Operation 590.
Hippokrates 366. 593.
Hirot 360.
His 362. 593.

Hitzig, Über einen Fall von Milzbrand beim Menschen 356.
Hochmann, Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase 584.
Hochsinger 150. 211.
Hodara, M., Notiz über die Untersuchungen von Dr. Unna über die verschiedenen Varietäten von Bindegewebszellen 175.
— Über die Urethroskopie nach Nitze-Oberländer und die Behandlung des chronischen Trippers nach Oberländer und Kollmann 648.
— 98. 230.
Hodges, A., Rheumatismus bei Scharlach 293.
Hoffmann 423. 573.
—, L., Referate 14. 34. 39. 122. 402. 462. 569. 579. 584. 597. 634. 664.
Hofmeister 401.
Hogge, A., Beitrag zum Studium der Blennorrhoe-Behandlung 595. 599.
Hogner, Spermatorrhoe (e masturbatione) und beginnende Prostatahypertrophie 45.
— Behandlung der Variola durch Absperrung der chemischen Strahlen des Tageslichts 299.
Hollborn, C., Über die wahrscheinliche Ursache der Alopecia areata (Area Celsi) 668.
— Über die parasitäre Natur der Alopecia areata 667.
Holsten, Ein Fall von Folliculitis decalvans 386.
— 18. 19. 20. 331. 387. 388. 390.
Hoppe-Seyler 197. 482.
Horowitz, M., Die Behandlung des Trippers 595.
Horwitz, O., Organische Striktur in der Urethra 463.
Hottingen, Harnsteine in einem Urethraldivertikel bei einer Frau 240.
Hugounenq 408.
Huguier 362. 365. 366. 367. 368. 369. 371. 372. 375. 380. 382.
Hun 198.
Hunter 367. 583.
Hutchins, M. P., Ein Fall von Favus bei einem Neger 501.
Hutchinson, J., Über syphilitische Ohrentzündung 34.
— Syphilis und Blattern 38.
— Eccema und Sommerhitze 90.
— Über Epidemien von Eccema-Erysipelas 90.
— Über eine besondere Form von Asro-Dermatitis hypertrophica in Verbindung mit Gicht 95.
— Über skrophulöse Geschwüre der Beine.
— Bazinsche Krankheit 96.
— Über die Ursachen und die Natur des Erysipels 99.
Hutchinsoo, J., Keratosis und Krebs infolge von langandauerndem Arsengebrauch 185.
— Lentigo-Melanosis 194.
— Fall von infektiösem Angioma an der Hand (Naevus-Lupus) 235.
— Impetigo contagiosa als ein Beispiel von Oberflächen-Kontagion 350.
— Über Verkrümmungen des Penis 396.
— Über Hautleiden in Zusammenhang mit Gicht 511.
— Über Flohstiche, Flohstich-Urticaria und Urticaria pigmentosa 567.
— Zwei Fälle von Zwergwuchs mit fehlenden Haaren und Nägeln 579.
— 245. 255. 307. 418. 518.
Howse, J. W. 366.
Hyde, J. N. 31.
Hyrtl 361.

Jaboulay, Cysto-Urethrostomie 528.
— und Villard, Inguinale und krurale Blasenhernien 585.
Jaccart und Audéoud, Respiratorische und nervöse Komplikationen der Röteln 296.
Jackson, G. T., Ein abnormer Fall von Alopecia 287.
— Fall von Fragilitas crinium 289.
— Über ringförmige Efflorescenzen, eine differential-diagnostische Studie 350.
— Fall von traumatischer Alopecia 491.
— 286. 288. 289. 290.
Jacobs, Über nervöse Erscheinungen an weiblichen Genitalien 305.
Jacobsohn, G., Striae distensae cutis 663.
Jacquinet und Balzer, Über Nierenkomplikationen des Trippers 51.
Jadassohn, Ein Fall von ganz aufsergewöhnlichem, lokalisiertem, makulösem Syphilid mit grofser zentraler Papel 284.
— Fall von Favus herpeticus 284.
— Über die Behandluug der Blennorrhoe mit Argentum-Kasein (Argonin) 338.
— Bericht über eine zum Studium der Prostitution und der Prophylaxe der venerischen Krankheiten unternommene Reise 654.
— 10. 11. 12. 127. 129. 242. 252. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 316. 317. 318. 368. 375. 376. 506. 555.
James, W. D., Kongenitales Xanthoma multiplex 189.
Jamieson, W. A., Die Behandlung der Pediculi vestimentorum 248.
— 247. 647.
Janet, Behandlung des nervösen häufigen Urinierens (Pollakiurie) durch steigende Dilatation der Blase 27.

Janet, Das Kalium permanganicum bei der Blennorrhoe 53.
— Behandlung des chronischen Trippers beim Manne 345.
— 49. 53. 136. 180. 343. 408. 595. 598. 599. 650.
Jankau, L., Das Tabakrauchen von Kranken und Rekonvalescenten 360.
Janowsky, W., Zur Morphologie des Eiters verschiedenen Ursprungs 510.
Jaquet 647.
Jarisch, Zur Kenntnis der Darierschen Krankheit 21.
— 143. 601.
Jaruntowski, Zur Ätiologie der tuberkulösen Affektionen der Mundhöhle 515.
Jay, Steht die Impfung mit animaler Lymphe in Übereinstimmung mit den heutigen wissenschaftlichen Lehren? 300.
Jeannet 167.
Jeanselme, Trophische Störungen im Verlauf eines Trippers 344.
— und Hallopeau, Über eine Ichthyose mit Hypertrophie eine Sklerodermie vortäuschend 637.
Jeffries 113.
Jenkins 210.
Jenner 514. 563.
Jessner, S., Über eine eigenartige Form von Hauttuberkulose 174.
— Referate: 29. 32. 33. 35. 35. 36. 37. 38. 39. 41. 42. 44. 45. 46. 47. 49. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 91. 92. 94. 96. 97. 98. 99. 100. 102. 103. 104. 105. 106. 108. 132. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 156. 186. 187. 188. 191. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 200. 201. 204. 205. 206. 207. 208. 252. 253. 255. 256. 283. 284. 292. 293. 295. 297. 300. 305. 306. 307. 308. 350. 352. 353. 355. 356. 357. 358. 360. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 403. 404. 405. 410. 411. 412. 445. 458. 461. 503. 504. 505. 506. 507. 509. 511. 513. 514. 515. 516. 517. 520. 521. 523. 524. 525. 526. 528. 532. 565. 566. 567. 568. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 578. 579. 581. 584. 586. 588. 589. 591. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 600. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 663. 664. 665. 666. 667. 668.
Jewett, Ein Fall von Bromausschlag 331.
— 18. 386. 388.
Immerwol, Myxödem 199.
Johne und Oberländer, Ein merkwürdiger Fall von Ulcus rodens der Harnröhre als Folge charlatanistischer Behandlung 341.
Johnen 575.
Johnston, J., Das sog. Xanthoma diabeticorum und seine Placierung unter die Dermatosen 649.
Jolles, Adolf, Über ein Verfahren, den Gallenfarbstoff im Harne annähernd quantitativ zu bestimmen 152.
Jolly, Gehirnsyphilis mit Aphasie 40.
Jona, G., Über eine seltene Form von Aortitis syphilitica 517.
Jones 399.
Jonsson, F., Zu der Abhandlung Dr. Ehlers über „Syphilis und Dementia paralytica auf Island“ 43.
— 43.
Jordan 100.
Joseph, M., Über multiple neurotische Hautgangrän 135.
— Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 563.
— 36. 459.
Isaac 18.
Isaacs, Blennorrhoische Infektion bei einem Greise von 103 Jahren 403.
Isnardi, Heilung der Hypertrophie der Prostata mittelst Durchschneidung und Ligatur des Samenstranges 444.
Israel, J., Über eine kongenitale Geschwulstform des oberen Augenlides und der Schläfenjochbeingegend 660.
—, O., Ein Blasenkrebs 586.
Jürgens, Über Impfung von Sarcoma melanoticum carcinomatodes 657.
Juhel-Rénoy 205. 206.
— und Dupuy, Experimentelle Untersuchungen über die Identität der Variola und Vaccine 299.
Jullien, Zoster syphiliticus intercostalis 40.
— Bemerkung über eine die Hämatologie und Hämotherapie betreffende Procedur 639.
— 100. 524.
Jung 606.
Jungengel, Über Hauttransplantation nach Thiersch 509.

Käfer, Anurie von langer Dauer 307.
Kaestle 370. 371. 373. 375. 377.
Kahane 150.
Kammerer 555.
Kamp, F. S., Die geschlechtliche Ansteckung. Ein Mittel zu ihrer Verhütung 252.
Kaposi 10. 16. 35. 85. 129. 181. 263. 266. 267. 283. 352. 423. 428. 435. 482. 492. 493. 502. 562. 657. 666. 667.
Karsch 338.
Kaspari, Lichen planus 644.
Kassowitz 211.
Kaufmann 397. 399.
Keibel, Über die Entwickelung von Harnblase, Harnröhre und Damm beim Menschen 444.

*Kellogg, J. C., Zur Geschichte und Anatomie des Favusscutulums 413.
Kerbert 113.
Kessel 32.
Kiefer, Zur Kultur des Gonococcus Neisser 401.
King, E. E., Zur Verteidigung der Behandlung des Primärsyphilids durch Excision 519.
— 490.
Kirstein 194.
Kisch, E. H., Zur Lehre von der Oxalurie 149.
Kivull, E., Defluvium capillorum universale. Pili annulati 338.
Klebs 573. 593.
Klein 299.
Klever 536.
Klippel 556.
Klotz, H., Über Phosphaturie 149.
— Über einen Fall von Rhinosklerom 286.
— Ein Fall von Prurigo mitis 287.
— Fall von Arteriitis syphilitica 288.
— Pediculi pubis 288.
— Fall von Lichen planus 290.
— 286. 288. 289. 290. 330.
Knox 532.
Kobert 283. 573.
Koch, R. 315. 316. 319. 321. 486. 514. 516. 551. 641. 642.
Kocher 199.
Köbner 29. 144. 145. 194. 352. 413. 418. 419.
Köhler, A., Über den chirurgischen Teil der sogenannten kombinierten Behandlung des Lupus 31.
— Myxödem auf seltener Basis 198.
— 37.
Kölliker 465.
König, Beitrag zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie 497.
— Beitrag zur Anatomie der Dermoid- und Atheromcysten 579.
— 167. 169. 170. 343. 443.
Kofmann, S., Ein Fall von seltener Lokalisation und Verbreitung von Komedonen 338.
Kolisko 211.
Kollmann, Zur Nitzeschen Methode der intravesikalen Entfernung gutartiger Blasengeschwülste 340.
— Die Nitzeschen Uretercystoskope 340.
— Aufschraubbare, vierarmige Dilatatoren für die vordere und hintere Harnröhre 341.
— Albuminurie und Exantheme nach Injektion von Diphtherieserum 567.
— 256. 648.
Kontrim und Pospelow, Fälle von spezifischer Pneumonie 641.
Kopytowski, M., Über die Häufigkeit des Vorkommens von Gonokokken und anderen Bakterien im Sekrete des Cervix uteri bei scheinbar gesunden Prostituierten 493.
Korany 158.
Kossel 488.
Koutznetsoff, Hautlappentransplantationen 509.
Kowalewsky, P., Geistesstörungen bei Syphilis 40.
Kracht, Über einen Fall von Sklerodermie bei einem 12jährigen Knaben 197.
— Sklerodermie 645.
Krafft-Ebing, Beiträge zur Kenntnis des Masochismus 343.
— 366.
Krogius 104.
Král 130. 431. 494. 617. 621. 622.
Kraske 97.
Krause, F. 443. 509.
Krebs 458.
*Krefting, R., Über „Chancre mixte", sowie eine Bemerkung über Fingers Auffassung des Ulcus molle 434.
— 59. 61. 66. 67. 69. 71. 72. 74. 75. 76. 78.
Kriegl 458.
Kroenig 406.
Kroesing, Studien über Trichophyton 130.
Kromayer, E., Endothelioma tuberosum colloides 658.
— 653. 659.
Kronacher, Die Beeinflussung maligner Neubildungen durch eine künstlich erzeugte aseptische Entzündung 655.
— 655.
Krüger 91.
Krynski, L., Zur Beeinflussung maligner Tumoren durch künstlich hervorgerufene aseptische Eiterung 655.
Küchenmeister 428. 432.
Kühne 534.
Kühnemann 188.
Kümmel 55.
Kurella 205.
Kuttner, R., Die Handhabung der Asepsis und Antisepsis bei Behandlung der Harnleiden 391.
— Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe 594.
Kuznitzky, M., Beitrag zur Kontroverse über die Natur der Zellveränderungen bei Molluscum contagiosum 334.
— 495.

Labarraque 523.
Laborde 201.
Lacour und Balzer, Bepinselungen mit Guajakol bei der blennorrhoischen Hodenentzündung 407.

Lacour und Balzer, Urethrocystitis blennorrhagica gleich von Anfang an kompliziert durch schwere infektiöse Purpura 406.
Lacroix 167. 191.
Lagoudaky, S., Klinische Betrachtungen über die Beziehungen der Syphilis zur Tabes 44.
Lagoutte, Über die Epitheliome der Gesichtshaut 185.
Lailler 348.
Lancereaux 37.
Landouzy 298.
Landsberg 55.
Landskroon, Sp., Referate: 304. 410.
Lane, A., Ausgedehnter, degenerierter Naevus der Harnblase 584.
Lang, Operativ geheilter Fall von ausgedehntem Lupus 284.
— Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis 652.
— 35. 97. *103. 364. 365. 368. 376. 382. 383. 393. 525.
Lang, C. H. ter, und Pluym, C. A. van der, Der Bacillus coli commune als Ursache einer Urethritis 403.
Lange 124.
Langer, K., 477.
Langerhans 364.
Langsdorf, v., Behandlung des Erysipels mit Alkohol 100.
Langstein, Hugo, Über die Desinfektion der Hände 55.
Lannois und Linossier, Über die Absorption der Salicylsäure durch die Haut 508.
Lanz, Irrigator für die Urethra 644.
Lasch, O., Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Visceralerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis 35.
Lasnet 59. 61. 66. 67. 68. 69. 72. 78.
Lassar, Krankenvorstellung 17.
— Allgemeine Keloidbildung 122.
— Nosophen 141.
— Mykosis fungoides 172.
— Zur Therapie des Naevus verrucosus mit Demonstration 173.
— Kleine Mitteilungen 450.
— 173. 187. 206. 256. 634.
Latouche 449.
Laub, M., Zur Behandlung der Bubonen 103.
Lavaux, Lineäre Elektrolyse bei der Behandlung von Strikturen 464.
Lavéran 201.
Layet, Über einige Punkte betreffend die Praxis der animalen Impfung 302.
Lebert 416. 419.
Ledermann, Psoriasis vulgaris 18.
— Fall von Induration an der Wange 172.
— Weitere Erfahrungen über das Resorbin 461.
— 646.
Ledermann und Ratkowski, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 25.
Ledran 526.
Leger 364. 365.
Legueu, Drei Beobachtungen von rückläufigem Katheterismus bei undurchdringlicher Verengerung 181.
*Leistikow, Leo, Neueres über Jodvasogen 12.
*— Zur Behandlung der Verbrennungen ersten und zweiten Grades mit Ichthyol 441.
— 372.
Leloir, H., Das Eccema seborrhoicum der Augenlider und seine Behandlung 27.
— Über Scabies und paraskabiöse Zustände 88.
— 559.
Lembert 238.
Lemoine 84.
Lennis 424.
Lépine, Über Quecksilberabsorption durch die Haut und die Respirationsorgane 508.
— 54.
Leppmann, Die kriminalpsychologische und kriminalpraktische Bedeutung des Tättowierens der Verbrecher 205.
Lerch, A., Ein Fall von Milzbrand 355.
Leredde, H., Epitheliom auf einer Narbe 177.
— Lichen planus bullosus. Pathogenese der Affektion 229.
— Ein Fall von Lichen planus bullosus 560.
— 178.
— und Hallopeau, Über einen Fall von Adenoma sebaceum des Gesichtes und des Rumpfes 133.
— und Perrier, Histologische Untersuchungen über eine seltene Form der Hautsarkomatose 640.
— und Perrin, Zur pathologischen Anatomie der Dermatitis herpetiformis Duhring 25.
— Inhalt von Blasen und Bläschen 83.
— Die pathologische Anatomie der Duhringschen Dermatitis 241.
— und Tenneson, Über keratotische Akne 25.
Leroux, Ch., Die Impetigo der Kinder, eine kontagiöse, übertragbare, bacilläre Krankheit 350.
— 364.
Lesser, E., Zur Pathogenese des Herpes zoster 332.
— 419.
Lesterlin, G., Der Favus in Lyon und dessen Umgebung 204.
Letzel 460.

Levaux, Die Wiederherstellung der Pars cavernosa urethrae bei Patienten mit Striktur 527.
Levin, A., und Posner, C., Über kryptogenetische Entzündungen, namentlich der Harnorgane 390.
Leviseur, Mykosis fungoides 290.
Levison 107.
Lewandowski, R., Zur Elektrotherapie der Narben 194.
Lewin, G., Diskussion über den Vortrag von P. Heymann „Verwachsungen und Stenosen der Pharynx und Larynx infolge von Lues" 282.
— Breite Kondylome und makulo-papulöses Exanthem 130.
— Lupus syphiliticus 130.
— Blepharadenitis gummosa 130.
— Pityriasis rubra pilaris 130.
— Gummaknoten in der Zunge 172.
— Rupia und Orchitis syphilitica 173.
— Verwachsung des Arcus palatoglossus mit der hinteren Pharynxwand 173.
— Fall von gummösem Ulcus an der hinteren Pharynxwand 173.
— 634. 667.
— und Heller, J., Die Sklerodermie 665.
Lewin, L., Die Resorptionsgesetze 653.
Lewinski 469.
Lewis, B., Über die Infiltrationsmethode der lokalen Anästhesie in der Urogenitalpraxis 328.
— 328.
— D., 288.
Leyden, Die innere Metastasen der Blennorrhoe 635.
Lichatschew, Die Diaskopie der Haut nach der Methode von Unna 644.
Liddel, J., Ein Fall von Pityriasis rubra mit histologischer Untersuchung 452.
Liebrecht 339.
Liebreich 144.
Lilienthal, H., Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie 330.
Lindemann, W., Über das Sekretionsvermögen des Nierenparenchyms nach Harnleiterunterbindung 47.
Lindner 443.
Lindsay 186.
Link 424.
Linossier und Lannois, Über die Absorption der Salicylsäure durch die Haut 508.
Lionbitza 150.
Liston, R., 99.
Litten, Über Peliosis et Chorea blennorrhoica 593.
Löb 140.
Löffler 484. 514. 570.
Loehr 445.
Löwenberg, Galvanokauterisation als Abortivbehandlung des Furunkels 98.
Loewy 466. 468. 469. 474. 478.
Lohnstein, Ein neues Urometer 108.
— Die neueren Methoden der Urethroskopie 393.
— Zur Technik der Cystoskopie 393.
— Katheterfragmente in Harnröhre und Blase. — Urethrotomia externa. — Sectio alta. — Heilung 399.
— 394.
Lohtz 514.
Lop, Hereditäre Übertragbarkeit der Immunität gegenüber Vaccine 299.
Loss, Scarlatina 293.
Lotze 379. 380.
Loumeau, Cystotomia suprapubica bei Urethralfisteln 528.
Loury, Boys de, 365. 379.
Loxton, A., Tödlicher Ausgang einer Blennorrhoe 593.
Lubarsch, O., Über die angeblich parasitäre Natur der Ureteritis cystica 308.
Lublinski 283.
Luca 210.
Lucca 62.
Lüdy, F., Über Airol 458.
Lukasiewicz 525.
Lukjanow, Grundzüge einer allgemeinen Pathologie des Gefäßsystems 652.
Lungershausen, Über Hypertrichosis localis cystica 580.
Lustgarten, Fall von ausgedehntem Favus an den Unterextremitäten 288.
— 36. 286. 288. 289. 290. 404. 482.
Lutaud, Die Behandlung des Pruritus vulvae 306.
Luther, E., Über die Blennorrhoe beim Weibe 594.
Lydston, G. F., Leukoplasie und ihre Beziehung zur Syphilis 86.
— Das Eucalyptusöl als Harnantiseptikum 106.

Macaigne und Tollemer, Bemerkungen über einen Fall blennorrhoischer Synovitis tendinosa suppurativa 48.
Macartney, D., Septikämie bei Scharlach 293.
Maccollom, J. H., Die schützende Kraft der Impfung 301.
Mackall, L., jr., Ein Fall von Lupus vulgaris 516.
Mackenzie, S. N., 111.
Macrez und Hallopeau, Behandlung des Ulcus molle phagedaenicum 637.
Maddock, F., Fall zur Diagnose 19.
— Über Ichthyol 20.
— Ein Fall von Epithelioma 389.
Madlener 204.
Mahon 414. 415.
Maiocchi, Doppelläufige Kanüle aus Glas zur Behandlung der Urethritis anterior acuta. Dieselbe ist Y-förmig 53.

Malischew, Unguentum hydrargyri cinereum cum resorbino paratum 645.
Malmsten 246. 416.
Mankiewicz 173. 393.
Manley, Blennorrhoische Arthritis 408.
Mann, M. D., Blennorrhoe beim Weibe 593.
— 360.
Mannaberg 404.
Manson, P., Die Elephantiasis Arabum auf den Südseeinseln 356.
— Über einige wenig verstandene Phasen in der Lebensgeschichte des Guinea-Wurmes 446.
Mantegazza 53.
Marchand, F., Über das Vorkommen von Trichomonas im Harne eines Mannes, nebst Bemerkungen über Trichomonas vaginalis 105.
— 105.
Marfan, Chronische Werlhofsche Krankheit 571.
Margarucci, Fall von progressiver emphysematöser Gangrän infolge von Infektion durch den Bacillus coli 358.
Marie 661.
Marino-Zucco 662.
Markus, „Zur Kasuistik der Ergotingangrän“ 200.
Markusfeld, St., und Steinhaus, T., Todesursachen und Organveränderungen nach Verbrühung 573.
Martin, H. A., Die Schwierigkeit in der Behandlung der Trichophytie 348.
— Administrative Prophylaxe der Variola in Paris im Jahre 1893/94 297.
— 364. 365. 489. 593. 639.
Martin, E., Epithelioma des Penis 86.
Marx, Ein Fall von Hypospadie mit Harnröhrenverschluſs 397.
— und Herxheimer, K., Zur Kenntnis der Verrucae planae juveniles 188.
Massey, G. B., Die Elektricität bei der Behandlung der chronischen Prostatitis und anderer zur Impotenz der Männer führenden Leiden 45.
Mastrosimone, Über die Beziehungen des Ülcus molle und des venerischen Bubo zu den Jahreszeiten 561.
Mathieu 556.
Mauriac 35. 639.
Mayer, O. J., Ein neuer Verband zur Nachbehandlung bei Thierschschen Transplantationen 55.
Maylurd 532.
Mazzochi, Oedema cyanoticum (oedème bleu) 566.
Meifsner, Über Naevus verrucosus unius lateralis 129.
— Über Naevus verrucosus 173. 450.
— 17. 174. 451.
Meltzer, S. J., Über die Thyreoidbehandlung, deren Geschichte und Wert in der internen Medizin 512.
Ménard 300. 556.
Mendel, Rascher Erfolg nach subkutanen Kalomelinjektionen bei tertiärer Laryngitis 178.
Mendelsohn, M., Einige Anschauungen Guyons über Krankheiten der Harnblase und der Prostata 629.
Menzies, D., Bericht über einige frische Fälle von maligner Syphilis, behandelt mit Thyreoidextrakt 519.
Merck, E., Bericht über das Jahr 1894 459.
Mercuriale 262.
Merget 508.
Merkel, F., Histogenese des Bindegewebes 444.
—, J., Harnröhrenbildung nach Poncet 526.
Mermel 61. 62. 78.
Mermet, P., Elephantiastisches Ödem des Hodensackes und der linken unteren Extremität im Gefolge eines durch Tripper hervorgerufenen strumösen Bubo 356.
Mesnet, R., 556.
Mefsmer, Plastik an der behaarten Kopfhaut 208.
Metschnikoff 76. 77. 159.
Meyer, R., 339.
*Mibelli, V., Über die verschiedenen Prurigoformen 257.
*— Über die Pluralität der Trichophytonpilze 613.
— Hyperkeratosis excentrica 562.
— 83. 134.
Michelson 667.
Michon und Guyon, Beitrag zum Studium des Verweilkatheters 181.
Middleton, Fall von subkutanen, rheumatischen Knötchen 188.
— Ein Fall von Akromegalie mit Gelenkerscheinungen 191.
Miehe, W., Über den Einfluſs der Kasernierung der Prostituierten auf die Ausbreitung der Syphilis 137. 335.
Miescher 482.
Mikulicz 55. 353.
Minot 114.
Miura, K., Trichomonas vaginalis im frischgelassenen Urin eines Mannes 105.
Möller, M., Zur Kenntnis der Labyrinthsyphilis 495.
— 572.
Moir, Behandlung der Pocken mit Ausschluſs der chemischen Strahlen des Sonnenlichtes 298.
Moldenhauer 349.
Molènes, P. de, 556.
Mollière 463.
Momidlowski 150.
Moncorvo 127.
Monod 586.

Monod, J. und Hallopeau, Über zwei Fälle von Lupus erythematosus mit abnormer Lokalisation 133.
— — Über einen Fall von Deformation der Finger und Zehen 176.
— Über einen Fall von pustulöser und vegetierender Dermatitis mit exzentrischer Ausbreitung und über einen Fall von Dermatitis herpetiformis vegetans 230.
Monro, Periphere Neuritis nach Masern 296.
— Fall, bei dem gewisse Erscheinungen während des Lebens und der Sektionsbefund eine spontane Blasenruptur wahrscheinlich machen 531.
Monsell 592.
Montenovesi, Neue Methode zur Ausführung der Cystotomie 591.
Monties, Über die Anwendung einer weichen Kalomelseife zu Inunktionen bei der Behandlung der Syphilis 524.
Moore, Ein Pockenfall und seine Lehren 298.
Mordhorst, C., Die bei der Behandlung der Gicht und Harnsäurekonkremente in Betracht kommenden Mittel und ihre Wirkungsweise 106.
Moreira, J., Hydroa vacciniforme seu aestivale 245.
— Bleivergiftung und Syphilis maligna 344.
Morel 208.
Morel-Lavallée, Vaccinia ulcerosa, deren Pusteln einen infektiösen Schanker vortäuschten 303.
— Ätiologische Prophylaxe und Behandlung der medikamentösen Erytheme 568.
Morelli, Pezzerscher Katheter 395.
Moreschi, Ulcus varicosum cruris 195.
Morgagni 367.
Morgan 57.
Morgani 361. 364. 566.
Moritz, Pyoktanin gegen maligne Geschwülste 183.
Morris, A., Ein Fall von universeller Dermatitis, wahrscheinlich eine Abart von Mykosis fungoides 353.
—, M., Ein Fall von Keratosis pilaris 236.
— 226. 307.
Morrow, P. A., Zur Diagnose und Behandlung der Lepra 30.
— Ein Fall von Knotensyphilid an der Nase 287.
— Ein Fall von Dermatitis papillaris capillitii 289.
— Lupus vulgaris disseminatus 289.
— Fall von Urticaria pigmentosa 491.
— 289.
Morton, Ungewöhnlicher Fall von Psoriasis 291.
Morton, Ein Fall von Tuberkulose der Prostata 291.
— Pityriasis maculata et circinata 292.
— Ein Fall von Lepra anaesthetica 387.
— Ein Fall von kompleter (universeller) Alopecie 387.
— 19. 20. 390.
Morton, A., Ein Fall von Hydrocystoma 247.
—, H. H., Ein Fall von Eccema marginatum 291.
—, T. G., Erfolgreiche Urethrotomia externa wegen festgeklemmten Steins in der Urethra mit konsekutiver Gangrän und Ruptur derselben. Ausgedehnte Urinextravasaktion und neuntägige Retention 400.
Morvan 446
Mosca, L., und Oro, M., Über Pityriasis rosea Gibert 92.
Moscheles, R., Qualitative Untersuchung von Harnsteinen 106.
Mouchet und Delbet, Rectitis hypertrophica proliferans et stricturans 97.
Moussu 640.
Mraček 210. 213. 253.
Müller 419.
—, C., Referate: 31. 33. 36. 38. 40. 42. 43. 45. 46. 47. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 85. 88. 89. 90. 92. 94. 95. 98. 99. 108. 134. 148. 151. 152. 170. 179. 184. 185. 186. 188. 191. 195. 196. 199. 200. 208. 231. 254. 270. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300 301. 302. 303. 304. 305. 307. 308. 348. 350. 351. 352. 354. 356. 358. 395. 396. 398. 406. 409. 411. 456. 461. 463. 500. 503. 507. 508. 509. 510. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 524. 526. 528. 529. 563. 566. 567. 568. 570. 571. 572. 574. 575. 579. 582. 583. 585. 588. 589. 591. 594. 595. 599. 600. 631. 640. 652. 653. 655. 660. 662. 664. 666. 668.
—, F., Über Hämatoporphyrinurie und deren Behandlung 153.
—, G. J., Zur Asepsis der Katheter 395.
—, H., 460.
*—, Julius, Zur Kasuistik der Hauttuberkulose 319.
—, K., Der äußere Milzbrand des Menschen 354.
— 158. 355.
Münchheimer, F., Über Mastzellen im tierischen und menschlichen Hoden 506.
Murray, G. R., Klinische Bemerkungen über Fälle von Akromegalie und Osteo-Arthropathie 660.
Mursin, Epithelioma nasi 643.
— Lepra nodosa 644.
Muslin 291.
Musser, J. H., Der milde Charakter und die verminderte Häufigkeit der Syphilis

und das seltene Vorkommen der visceralen Syphilis 34.
Myrtle 498.

Nammack, C. E., Ein Fall von Scrophuloderma verrucosum 33.
Napier, A., Sieben Fälle von Myxödem, die unter Behandlung von Schafschilddrüsensubstanz geheilt wurden 199.
Napier, Ch. D., 19. 389.
Nash, C., Zwei Fälle von Raynaudscher Krankheit 250.
Nauwerk 175. 573.
Nawafs, Th., Untersuchungen über die transitorische Albuminurie anscheinend gesunder Leute 108.
Neebe 64. 620.
Neisser, A., Über einen Fall von Keratosis follicularis punctata et striata 131.
— Zur Frage der lichenoiden Eruptionen 382.
— 328. 372. 404. 410. 455. 458. 490. 503. 507. 554. 556. 601. 636. 654.
Neisser, E., Über die Züchtung von Gonokokken bei einem Falle von Arthritis blennorrhoica 48.
*Nemann, J., Über Myronin 323.
Neuberger, J., Über die sog. Karunkel der weiblichen Harnröhre 155.
— Erster Bericht über die Privatklinik für Hautkrankheiten 207.
— Zur Diagnose und Therapie der Blennorhoe des Mannes 405.
Neudörfer 198.
Neuhaus, Wandlungen in der merkuriellen Syphilisbehandlung 521.
— Referate 28. 45. 47. 48. 54. 56. 150. 156. 182. 188. 201. 205. 307. 347. 357. 396. 398. 399. 400. 404. 405. 407. 408. 409. 412. 455. 464. 509. 515. 531. 582. 586. 592. 596. 600. 648. 661. 662. 666.
Neumann, Über Erfolge bei chronischer Blennorrhoe mit Desinfektionsstäbchen von Apotheker Heinrich Noffke 54.
—, J., Wann hat man mit der Behandlung der Syphilis zu beginnen? 520.
— 11. 17. 231. 283. 365. 371. 375. 377. 383. 419. 429. 432. 482. 562.
Neumeister 148.
Neufser 481. 482. 483.
Neve, E. F., Klinische Bemerkungen über 64 Fälle von Blasensteinoperationen 588.
Nevius 643.
Newgarden, G. J., Purpura haemorrhagica mit Gehirnblutung 571.
Nickel 97. 381.
Nicolas 459.
Nicoll, Eine neue Methode zur Excision der Prostata 47.
Nicolle, Ch., 59. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79.
Nicolle, M., 59. 77. 101.
— und Halipré, Über eine durch Veränderungen der Haare und Nägel gekennzeichnete Familienkrankheit 231.
Nieden, A., Über Erythromelalgie und Augenleiden 576.
Nielsen, Ludv., Ein Fall von Xanthoma multiplex planum et papulo-tuberosum im frühen Kindesalter 190.
— Referate 43. 190. 522. 578.
Nimes, H. C., Allgemeine oder lokale Behandlung bei Blennorrhoe 595.
Niemeyer 303.
Nissim, Begleitende Eruption bei Varicellen 304.
Nitze 340. 393. 405. 648.
Nivet 378.
Nobl, G., Experimenteller Beitrag zur Inokulationsfähigkeit des Epithelioma contagiosum 23.
— Notiz über eine von Prof. Lang angegebene Behandlungsart akuter Abscesse 97.
— 382.
Nöggerath 382. 594.
Noffke, H. 54.
Noguès, Über die Temperatur beim akuten Tripper 182.
Nonne, M., Klinische und anatomische Untersuchung eines Falles von generalisierter tuberöser Lepra, mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems 29.
Norburg 360.
Nordmann 200.
Northrup, W. P., Myxoedema infantile 199.
Nothnagel 108.
Novaro, G. F., Transperitoneale Implantation des Ureters in die Harnblase zur Behandlung der Harnleiterscheidenfisteln 308.

Oberländer und Johne, Ein merkwürdiger Fall von Ulcus rodens der Harnröhre als Folge charlatanistischer Behandlung 341.
— 341. 346. 392. 393. 394. 398. 405. 580. 648.
Obermayer 147.
Ochsner, A. J. 100.
*Ohmann-Dumesnil, A. H., Über das Epitrichium beim Menschen, dessen physiologische Funktionen, sowie Einfluss auf die Entstehung von Hautkrankheiten 113.

Ohmann-Dumesnil, Die Goldverbindungen und deren Verwendung bei einigen Hautkrankheiten und bei Syphilis 511.
— Behandlung der syphilitischen Schleimhautaffektionen 522.
Okorow, Zur Geschichte der Reglementation der Prostitution in Indien 642.
Oley 640.
Ollier, Wiederherstellung der Haut durch autoplastische Transplantation 509.
— 559.
Olivier, Eine Spritze zu Einträufelungen in die Blase 455.
Oppenheimer 663.
Oppler 11.
Orachowiez, Behandlung der Stomatitis ulcerosa 411.
Ord 199.
Orlow, Die niederen Organismen des Ulcus molle 644.
Oro, M., Über allgemeine exfoliative Dermatitiden 89.
— und Mosca, Über Pityriasis rosea Gibert 92.
Osler, W. 200.
Osorio 205.
Otis, Wm. K., Eine neue Form des Aerourethroskops 239.
— Hämaturie 327.
— 328. 464.
Otto, M., Über syphilitischen Icterus 35.
d'Oyly-Grange 453.

Packard, J. H. 285.
Padula 182.
Page, Zwei Fälle von Blasenstein mit primärer Verheilung der Blasenwunde nach Sectio alta 589.
Paget 146. 184. 637. 656. 661. 662.
Palmer 327. 329.
Panas, Ein Fall von trockener Spontangangrän des linken Fufses 201.
— Neuritis optica infolge von Blennorrhoea urethrae 411.
— Dacryo-Adenitis blennorrhoica 411.
— 525.
Pander, H., Ein Fall von Septico-Pyämie mit Ausgang in Genesung 51.
Panzer, B., Naevus vasculosus palati mollis 578.
Paoli 390.
Parascandalo, C., Vergleichende bakteriologische Untersuchungen über den Streptococcus erysipelatis und einem aus dem Blute von acht an Pyämie erkrankten Patienten isolierten Streptococcus 99.
Parent-Duchatelet 375. 380.
Parisotti, Injektionen mit Ölsolution des Doppeljodquecksilbers bei der Behandlung der Augensymptome der Syphilis 525
Park, R., Über Verkalkung der Tunica vaginalis als eine Komplikation einer alten Hydrocele. Orchidomeningitis calcificans 600.
— 96.
Parrot 255. 256.
Passet, Die Therapie der impermeablen Striktur 342.
— 99.
Pasteur 344. 514.
Paul, K., Ein durch Sauerstoffbäder und antiseptische Waschungen geheilter Fall von Gangrän der Zehen bei einem Diabetiker 201.
Pavec, Ein Fall von einer äufserst seltenen Form der Eichelhypospadie 397.
Paviot und Villard, Über naevusartige Knäueldrüsenadenome 660.
Pawlowsky 186.
Payne, J. F., Ein Fall von Arsenkeratosis 248.
Peckham, Fr. E., Scharlach mit hoher fieberhafter Temperatur, mit heftigen Delirien verbunden; Besserung durch Guajakol 293.
Pelagatti 614.
Pellacani 662.
Pellissier, Behandlung der Urethritis blennorrhoica mittelst Acidum citricum 599.
Penrose 360. 390.
Perier 583.
Perl 7.
Pernet, G., Fall von Pemphigus acutus mit tödlichem Ausgange 232.
Perrier und Leredde, Histologische Untersuchungen über eine seltene Form der Hautsarkomatose 640.
Perrin 178. 556. 558.
— und Leredde, Zur pathologischen Anatomie der Dermatitis herpetiformis Duhring 25.
— — Inhalt von Blasen und Bläschen 83.
— — Die pathologische Anatomie der Duhringschen Dermatitis 241.
Perry, Pityriasis rubra 237.
Perthes, G., Über verkalkte Endotheliome im Unterhautbindegewebe 658.
— Über die Operation der Unterschenkelvaricen nach Trendelenburg 664.
Peter, Über Pemphigus neonatorum 174.
Petersen, O., Über die Lage der Hautkranken in den Hospitälern St. Petersburgs 600.
— 59. 136. 209. 210. 449.
Petersen, W., 59. 61. 62. 67. 69. 71. 72. 74. 75. 76. 77.
Petit 581.

Petri 551. 668.
Petrini, Mitteilung einer Beobachtung von Polyneuritis (Pseudotabes dorsalis) mit Erweichung der cerviko-dorsalen Anschwellung des Rückenmarkes syphilitischen und alkoholischen Ursprungs 131.
— Mitteilung einer Beobachtung eines framboesiformen, vegetierenden, generalisierten Syphilides (syphilitischer Papillome) 131.
— Der Bacillus bei der Nervenlepra 332.
Peyer, A., Bemerkungen zu Herrn Tanos Arbeit 238.
— Ein Fall von Schweifsneurasthenie 342.
— Kasuistische Beiträge zur Diagnose der Neurasthenia sexualis 497.
— 149.
Pezzer 182. 395. 583.
Pfeiffer, Über oxalsaure Nierensteine und über Oxalurie 341.
— Die Protozoen als Krankheitserreger 510.
— 575.
Philippi, Referate: 20. 31. 33. 35. 40. 46. 48. 52. 54. 55. 93. 99. 103. 112. 120. 198. 200. 202. 286. 292. 332. 350. 352. 354. 357. 360. 390. 400. 404. 448. 463. 464. 504. 511. 512. 513. 519. 528. 529. 571. 575. 578. 579. 581. 584. 585. 590. 594. 595. 599. 659. 663.
Philippson, L., Beitrag zur Histogenese des Ulcus rodens 563.
— 17. 466. 478.
Pichler, K., und Vogt, V., Zur Lehre von der Nukleoalbuminurie 147.
Pick 57. 431. 503. 507.
Pidoux 556.
Pignot 210.
Pilcher 285.
Pileur, Le, Freie oder kasernierte Prostitution 243.
Pitres, Cerebrale Erscheinungen im Verlaufe von Blennorrhoe 593.
Pitruzzella, Beitrag zum Studium der Fernwirkung der blennorrhoischen Infektion 499.
Plazzoni 361.
Plicque, Behandlungsweise der Variola 298.
Plimmer und Ruffer, Untersuchungen über Vaccine und Variola 299.
Plosz, Über quantitative Bestimmung von Eiweifs 239.
Plumbe, S., 414. 415. 417.
Pluym, C. A. van der, und Lang, C. H. ter, Der Bacillus coli commune als Ursache einer Urethritis 403.
Pochin, F. L., Psychische Einflüsse auf die Entstehung von Herpes zoster 575.
Pölchen 96. 380.
Pohl, J., Über die Einwirkung seelischer Erregungen des Menschen auf sein Kopfhaar 564.
Poirier 365.
Poljakoff 252.
Pollaczek 369.
Polländer 157.
Pollak 458.
Polotebnoff 93.
Poncet 526. 527. 591. 640.
— und Bron, Die Behandlung der prostatischen Hindernisse 46.
Ponfick 96.
Popof, A., Myelitis syphilitica und Dementia 42
Posley 574.
Posner, C., und Levin, A., Über kryptogenetische Entzündungen, namentlich der Harnorgane 390.
Pospeloff 197.
Pospelow, Pathogenese und Therapie des Myxödems 640.
— Lichen planus Wilsoni 642.
— Weitere Beobachtungen über die Therapie des Myxödems mit Thyreoidin 645.
— 640. 641. 644. 645.
— und Kontrim, Fälle von spezifischer Pneumonie 641.
Posselt, Adolf, Bericht über fünf zur Obduktion gelangte Fälle von Morbus Addissonii 191.
Post 328.
Poster, Bemerkungen und Fragen bei Pocken 296.
Pott 304.
Poullain, Cystostomia suprapubica temporanea bei komplizierten Urethralstrikturen 526.
Pousson, Über die Resektion der Pars pendula der Harnröhre 454.
Praag, A. N. van, Über die Ätiologie und Pathogenese des sog. Rheumatismus blennorrhoicus 409.
Prentifs, Retinitis albuminurica im Anschlufs an Purpura haemorrhagica rheumatica 571.
Price, G. S., Sectio alta bei chronischer Cystitis 583.
Price, H., Ein letaler Fall von Peliosis rheumatica, kompliziert durch maligne Endocarditis 570.
Price, A. F., Die Behandlung der Syphilis mit Kupfersulfat 523.
Priestley, Der Bericht über Pocken und Impfung in Leicester 297.
— Pockenquarantäne und Isolierung in Leicester 1892/93 298.
— Akuter Pemphigus 348.
— 296.
Pringle, Frostbeulen 235.
— Aktinomykose 235.
— Folliculitis decalvans 235.
— Urticaria pigmentosa 237.
— 235. 498.
Profeta 375.
Prudden 198.

Pryor, W. R., Latente Blennorrhoe bei Frauen 86.
Pusey 65.
Puttemans und Verneuil, Über einen sonderbaren Fall von Vaccine 303.
Pye-Smith, Hautaffektionen, welche im Verlaufe von Morbus Brightii auftreten 452.
— 325. 326.
Pyle, W. L., Ainhum 202.
Pythagoras 366.

Quédillac 35.
Quénu 200.
Quilly, J., Die Behandlung des Trippers beim Manne mit Gallobromol 600.
Quincke 7.
Quinquaud 59. 61. 76. 77. 89. 101. 386. 562.
Quioc, Behandlung der Scarlatina mit Salol und Milchdiät 294.
Quire, H. Mc, Die operative Behandlung des Krebses der männlichen Genitalien 285.

Rafinesque und Raymond, Kratzmethode bei der Kuhpockenimpfung 301.
Rambo, C. M., Ein Fall von Psoriasis im Alter von zwei Jahren und fünf Monaten 93.
Ramm, Fr., Hypertrophia prostatae durch Kastration behandelt 46.
— 444.
Ramsey, R. W., Ein Fall von Erysipel des Scrotums 99.
Rankin, W., Epidemischer Ikterus 205.
— 354.
Ransom und Gieson, van, Beobachtungen über eine ungewöhnliche Form von Hauttuberkulose 248.
Ranvier 10. 167. 191. 251. 432.
Ranzier 661.
Ratkowsky und Ledermann, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 25.
*Ravogli, A., Geschwüriges Syphilid des Pharynx 109.
— 34.
Rayer 94. 414. 415.
Raymond, Die Frage betreffend Wiederimpfung 302.
— Zur Unterbringung von Trichophytiepatienten in Spitälern 347.
— und Rafinesque, Kratzmethode bei der Kuhpockenimpfung 301.
Raynaud, L., Kongenitale Amputationen von Fingern und Zehen bei einer Kabylin. Ähnlichkeit mit dem Ainhum 26.
Raynaud, L., Über einen seltenen Fall von Unduldsamkeit gegen das Jodoform 26.
— Vagabund disease 55.
— 191. 251. 556.
Raynor 18. 20. 291. 389.
Reblaub 104.
Reclus 45. 49.
Reeps 124.
Régis, E., Zwei Fälle von Paralysis generalis juvenilis infolge ererbter Syphilis 244.
Rehn, Über Blasentumoren bei Fuchsinarbeitern 443.
Reiche, F., Symmetrische periphere Gangrän im Verlauf einer Cholera gravis 201.
— 194.
Reimar, Über die Ätiologie der Cystitis 582.
Reinert, E., Versuche über Organtherapie bei Prostatahypertrophie 497.
Reinhardt, Syphilitiker 445.
Reinhold 167.
Reis, W., Über die im Verlaufe der Syphilis vorkommenden Blutveränderungen in Bezug auf die Therapie 340.
Reizenstein 11.
Remak 415.
Rendu 566.
Respighi, Über die Hyperkeratosis excentrica 499.
— Polyarthritis blennorrhagica mit Gonokokkenbefund 409.
— 555. 562.
Reverdin 665.
Rey, Hypogastrische Blasendrainage bei Harnröhrenstriktur 50.
Reymond 156.
Rheiner 100.
Rhodius 361.
Ribb, R. H. L., Über die Natur und Behandlung der Lepra 29.
Ribbert, Über die Entstehung der Geschwülste 505.
— 108.
Richter, P. F., Über Lithiasis und ihre Behandlung 589.
Ricochon, Hautödem 566.
Ricord 35.
Rieder, R., Ein Mischfall von Syphilis und Tuberkulose des Mastdarmes 33.
Riedtmann, Über Enuresis 580.
Riehl, Leukaemia cutis 187.
— Mykosis fungoides und Morbus Addisonii 352.
— Über Dermatitis durch Berührung einer Primel 573.
Ries, Karl, Referate 571. 663.
Rille, Über mit Jodquecksilberhämol behandelte Syphilisfälle 283.
— Ein Fall von Psoriasis vulgaris bei einem 38 Tage alten Kinde 283.

Rille, Ein Fall von ausgedehnter Alopecie und daneben bestehender Sklerodermie 667.
Ritter, F., 159. 210.
Riva, A., Zur Pathogenese der Urobilinurie 152.
Rivière 61. 78.
Roberts, Leslie, Bemerkungen über Tuberkel und Tuberkulose der menschlichen Haut 516.
—, W., 107.
Robin 416.
Robinson, A. R., Einige Betrachtungen über die Behandlung der bösartigen Epitheliome der Haut (Krebse) 183.
— Ergänzungen zu obiger Arbeit 183.
— Fall von universellem Lichen planus 286.
— Fall zur Diagnose 290.
— Fall von universeller Psoriasis und Molluscum contagiosum 491.
— 244. 286. 287. 289. 290. 636.
Rochet, V., Die Chirurgie der Urethra, der Harnblase und der Prostata 504.
Roediger, H., Ein Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase des Weibes 584.
Rogers, B., Ein ungewöhnlicher Fall von Alopecie 202.
— Urethrotomia perinealis externa 527.
Rokitansky 381.
Rolfink 361.
Rollet 49. 369. 434. 459. 460.
—, E., und Cazeneuve, P., Behandlung der Blennorrhoe mit Gallobromol 54.
Romberg 44.
Róna 369.
Rosciewski, von, Bemerkungen über die chirurgische Behandlung tuberkulöser Affektionen bei gleichzeitiger Behandlung mit jod- und bromhaltigen Soolbädern 32.
Rosenbach 99. 100. 620.
Rosenberg, J., Die Behandlung der Blennorrhoe nach neuen Grundsätzen 596.
Rosenstirn, Julius, Behandlung der Strikturen der Urethra des Mannes 525.
Rosenquist, Lichen planus Wilsonii 645.
Rosenthal, O., Über merkurielle Exantheme 461.
— 17. 18. 129. 173. 174. 634.
Roser 458. 585.
Rosinsky 406.
Rotter, J., Eine neue Art von Hautgangrän mit Pustelbildung 141. 358.
Rouffilange, Die Kupfer-Silber-Medikation bei Lepra 30.
Routier, Behandlung der Blennorrhoe durch Ausspülungen mit verdünnten Lösungen von Kalium permanganicum 598.
Roux 404.
Rovida 104.
Rovsing 104.
Royden, W., Ein Fall von encystiertem Blasensteine mit Ruptur der Cyste und tödlicher Peritonitis 588.
Rudneff 124.
Ruesinger 201.
Ruffer und Plimmer, Untersuchungen über Vaccine und Variola 299.
Rugg, B. A., Bemerkungen zur blennorrhoischen Septikämie mit einem Fall 51.
Ruhemann, Ein Fall von Pseudotabes mit Arthropathia genu sinistri 44.
Rumpf, Zur Behandlung der Syphilis in der Schwangerschaft 521.
Ruocco, F., Transplantationen von Schwämmen auf atonische, geringe Tendenz zur Verheilung zeigende Geschwüre 510.
Rupp 350.
Rupprecht, P., Die Heilbarkeit des frühzeitig erkannten Harnröhrenkrebses beim Manne 398.
Russel, A. W., Aus der Wange einer 74 Jahre alten Frau entferntes hornartiges Gebilde 189.
Rutherfurd 532.

Saalfeld, Über Lupusheilung durch Kantharidin und über Tuberkulose 144.
— Erythema bullosum oder Pemphigus 122.
— 173.
Sabatier 362.
Sabouraud, Trichophytie 83.
— Behandlung der Alopecia areata 133.
— 203. 231. 233. 246. 247. 614. 615. 616. 617. 618. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631.
Sabolotzky, Impetigo herpetiformis 643.
Sänger, Zur Ätiologie und operativen Behandlung der Vulvitis pruriginosa 305.
— 239. 305. 306. 365. 373. 377. 580.
Salkowski 153.
Salmon 371.
Salmon und Hallopeau, Ein Fall von Vitiligo mit Canities infolge von Druckwirkung 85.
Salomoni, Gesichtsneuralgie mit Auftreten von symmetrischen Lipomen 660.
Salzwedel, Die Behandlung phlegmonöser und ähnlicher Entzündungen mit Alkoholverbänden 98.
Samter 23.
Samuel, S., Von der Kuhpockenimpfung bis zur Serumtherapie 513.
Sandberg, Dina, Syphilis im russischen Dorfe 137.
Sanderström 640.
Sandow 589.

Sanfelice, F., Über die pathogene Wirkung der Sprofspilze als Beitrag zur Ätiologie der malignen Tumoren 655.
Santonini 361.
Sapelier, Kratzmethode bei der Schutzpockenimpfung 301.
Sapiejkow 454.
Sappey 464. 482.
Saul, Vorstellung eines seltenen Falles von extragenitaler Syphilisinfektion 17.
Saurenhaus 320.
Savill 447. 453.
Scarenzio, Bericht über die Poliklinik für venerische Krankheiten von Pavia im Jahre 1893 56.
— 379.
Schäffer 459.
Schalenkamp, Beitrag zur lokalen Behandlung des Trippers beim Manne 597.
Schamberg, J. F., Xanthoma diabeticorum 145.
Schaper, Zur Ätiologie der allgemeinen Sklerodermie Erwachsener 666.
— 32.
*Scharff, P., Beitrag zur Behandlung des Gesichtslupus 281.
Schedel 415.
Schiavoni, M., Klinische und anatomisch-histologische Veränderungen der transplantierten Haut und Schleimhaut 509.
Schierbeck 42.
Schleich 140. 282. 328.
Schlitt, L., Über Herpes zoster 575.
Schloffer, Rhinosklerom 353.
Schmey, Fedor, Zur Behandlung des Blasenkatarrhs 583.
Schmid, Karl, Zur Therapie der Brandwunden 573.
Schmidt 11.
Schneidemühl 364. 367.
Schnitzler, J., Ein Beitrag zur Kenntnis der Pneumaturie 154.
— Der äufsere Milzbrand des Menschen 355.
— Elephantiastische Verdickung des rechten Armes infolge amniotischer Umschnürung 357.
— 104. 391. 582.
Schönlein 415. 593.
Scholl und Emmerich, Klinische Erfahrungen über die Heilung des Krebses durch Krebsserum (Erysipelserum) 656.
Schreiber, Über Elephantiasis vulvae 129. 450.
— Eine neue Urethralspritze 395.
Schreiner 238.
Schuberg 495.
Schuchardt, Zur Pathologie der Mastdarmulcerationen 96.
Schütz, Jos., Ein neuer Nadelhalter, zugleich Universalgriff für die Verbandtasche 56.
Schütz, Jos. 210.
Schütze, Die hydriatische Behandlung der Blennorrhoe 596.
Schultén, M. af, Über „Pagets disease of the nipple" nebst Mitteilung eines typischen und hochgradigen Falles dieser Krankheit 656.
Schulthefs, H., Statistischer Beitrag zur Kenntnis des Erythema nodosum 358.
Schultze, Zur Ätiologie und Behandlung des Pruritus vulvae 305.
Schulze, Ernst, Hämatoporphyrin im Harn nach Trional 152.
— Über die Behandlung des Gesichtslupus 517.
— 306. 377.
Schurz, H., Über mechanische Behandlung der Hautwassersucht 566.
Schwarz, A., Überpflanzung der Ureteren auf die Urethra und Neubildung der Harnblase 307.
Schwarz, E., 368
Schweissinger, Verhalten von Jodoform zu Kalomel 459.
Schwimmer, Über die Anwendung des Alumnols in der Behandlung des Trippers 54.
— Psorospermosis 184.
— 124. 125. 126. 127.
Sedgewick 114.
Seifert 111.
Seligmann 305.
Selle 556.
Semenoff und Abramitscheff, Ein Fall von vielfachen Hautsarkomen 187.
Senator 104.
Sengensse, Diabetische Phlegmone mit Gangrän 664.
Senger, E., Zur Frage der spontanen Heilbarkeit des Krebses beim Menschen mit Demonstration 186.
Senn 180.
Severeanú, Schmerzhaftes Lipom 188.
Seydel, A., Über den gegenwärtigen Stand der Trippertherapie 52.
Shattock, S. G., Über Krebs und krebsartige Krankheiten 184.
Shattuck, Die Behandlung von Myxödem mit Schilddrüsenextrakt 198.
Sherwell, Fall von Keratosis 286.
— Fall zur Diagnose 287.
— Ein Fall von Alopecia areata neurotica 331.
— Fall von Varicella gangraenosa 332.
— Ein Fall von Naevus lipomatodes 386.
— Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis 387.
— 18. 19. 20. 286. 290. 291. 386. 387. 388. 390.
Shillitoe 232.
Shiwult, Impetigo herpetiformis Duhringi 645.

Shoemaker, J. V., Psoriasis 93.
— Pagets Disease 146.
— Die Electricität als Cosmeticum 513.
Sieveking, H., Über Striae distensae cutis 194.
Sigmund 521.
Silbermann, O., Zur Theorie des Verbrennungstodes 572.
Silex, Statistisches über die Blennorrhoe der Neugeborenen 404.
Silvestrini, Zwei Fälle von Erysipelas typhosum 99.
Simon, Angeborene Cyanose 566.
— 469.
Singer, G., Zur Klinik der Sklerodermie 197.
— 666.
Siredey, Morbillen 295.
Smirnow, Einige offene Fragen in der Syphilistherapie 644.
Smith 210.
Smith, F. J., Syphilis des Rückenmarks 41.
Smith, W. G., Die Diät in der Ätiologie und die Behandlung der Hautkrankheiten 497.
Snell, Eine Variolaepidemie, Vaccination und Revaccination 297.
Sobernheim 153.
Sobolotzky, Zur Frage der extragenitalen Syphilisinfektion 641.
Soldani, Unterschenkelvaricen 195.
Sottas, J., Beitrag zur Anatomie und Symptomatologie der syphilitischen Spinallähmungen 41.
Soudakewitsch 186.
Soulier 508.
Spalteholz, W., Die Arterien der menschlichen Haut 652.
Spannochi, Pikrinsäure bei Lupus und anderen tuberkulösen Affektionen 33.
Speransky, Psoriasis vulgaris 646.
Spietschka, Th., Über eine eigenartige Hautveränderung bei Spina bifida 357.
Spigelius, A., 361.
Spillmann und Etienne, Polyneuritis infolge von akuter und subakuter Quecksilberintoxikation 461.
Spoof, Bandwurm in der Harnröhre 399.
Squire, B., 242.
Stanowski, Ein kasuistischer Beitrag zur „Coxitis luetica" und deren klinische Differentialdiagnose mit spinalen Arthropathien 41.
Starr 360.
Staub, A., Zur Therapie der Haut-Aktinomykose 356.
Stein, Neues Endoskop zur Behandlung von Harnröhrenerkrankungen 392.
— 331.
Steinhaus 186.
Steinhaus, T., und Markusfeld, Todesursachen und Organveränderungen nach Verbrühung 573.
Stepanow, A. D., Zur Therapie des weichen Schankers 102.
Stepp 125. 126.
Steven 186.
Steven, L., 532.
Stieglitz, Einige Erfahrungen mit der Thyreoidtherapie 512.
Stillmark, H., Ekzemfälle 91.
Stobaeus, Zur Behandlung der Schleimhautkatarrhe 594.
Stöcklin, H., Eröffnung der Vena anonyma durch ein zerfallendes Gumma 651.
Stoicesco und Babes, Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung kleiner subkutaner metastatischer Geschwülstchen die Diagnose von Carcinom innerer Organe 185.
Stokers, G., 232.
Stoukowenkoff 639.
Stowers, Verruca vulgaris 236.
— Fall von chronischer Erkrankung der Nägel 325.
Straus 211. 638.
Strauss, A., Referate: 459. 460. 600.
— 100. 108.
Strobel 367.
Stubenrauch, v., Über einen Fall von multipler Hautgangrän 200.
Stukowenkoff, Die Grundzüge der Syphilisbehandlung 519.
Suckling 568.
Sullivan, J. J., Wasserstoffsuperoxyd in der Behandlung der Blennorrhoe 600.
Sutton, J. B., Vorlesung über einige ungewöhnliche Tumoren 505.
Swiecicki 367.
Swinburne 330.
Swisser, Urethralnaht 528.
Syms, Pyelitis, Cystitis, Hämaturie, Cystotomie, Heilung 47.

*Taenzer, P., Über Nikotianaseife 631.
— Referat 600.
— 161.
Tánago, G., Mykosis fungoides 352.
— Beitrag zur Ätiologie der Cystitis 581.
— Schmerzhafte Cystitis bei Sectio hypogastrica mit Auskratzung der Blase 583.
Tano, Beiträge zur Kenntnis und Therapie der Spermatorrhoe 238.
— 238.
Targett, Primäres Carcinom der Blase 586.
*Tauffer, E., Über die Verwendung von Nuklein-Nährböden 481.
Taylor, R. W., Fall von Resorcindermatitis 287.

Taylor, R. W., Fall von abnormem Wachstum der Fingernägel 325.
— Blennorrhoe beim Weibe 328.
— 326. 330. 350. 362.
—, F., 246. 529.
Tennesson 92. 229. 556.
— und Leredde, Über keratotische Akne 25.
Terson, Über Augenaffektionen beim Erythema polymorphum 575.
Testus, Über Untersuchungen über die Pars fixa der Urethra nach Studien an Gefrierschnitten 395.
Thaden 256.
Thelen, Über die diabetische Plegmone und Gangrän 200.
Thévenin, P., Drei Fälle von Psoriasis, erfolglos mit Schildrüsenextrakt behandelt 561.
Thibièrge, C., Die Akarophoben 89.
—, G., Alopecia areata 202.
— Über das Hidrocystom 636.
— 637. 662.
Thiele 299.
Thierfelder 136.
Thiersch 32. 141. 208. 450. 509. 517.
Thiéry 49.
Thimm, Kurze Bemerkungen zu einigen neueren Arbeiten über Condylomata acuminata und Mitteilung einer neuen Behandlungsmethode derselben 659.
Thin 498.
Thiry, Punktion der Blase und Prostatahypertrophie 46.
Thoma 29.
Thomas, J. L., Rechte Monoplegia brachialis mit Hyperidrosis und Hypertrichosis 55.
Thombs 360.
Thompson 590. 592.
Thomson 463.
Thorndike, Bemerkungen über Phosphaturie 150.
Thorton 307.
Thresh, Ausbruch von Pocken 297.
Tiedemann 361. 362. 363. 364. 366. 367. 381.
Tillaux, Unterschenkelgeschwüre 664.
Tixeron 53.
Tobin, R. F., Prostatektomie 47.
Toch, S., Über Herpes tonsurans bei Neugeborenen 494.
Török, L., Die Verbreitung der Syphilis in Budapest und ihre Prophylaxe 138.
— 229. 245.
Tollemer und Macaigne, Bemerkungen über einen Fall blennorrhoischer Synovitis tendinosa suppurativa 48.
Tomès, Über die Cirkumcision vom therapeutischen und prophylaktischen Gesichtspunkte aus betrachtet 651.
*Tommasoli, P., Über die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Hautkrankheiten 309.
Tommasoli, P., Die wunden Punkte der Dermatologie 55.
— Über den Pemphigus junger Mädchen und den Pemphigus hystericus 560.
— Pemphigus und pemphigusartige Dermatosen 561.
— 10. 12. 266. 267. 270. 412. 561.
Toms, Tetanus nach Impfung 302.
Touton, K., Bemerkungen zu Kuznitzkys „Beitrag zur Kontroverse über die Natur der Zellveränderungen bei Molluscum contagiosum" 495.
— 375.
Traube 593.
Trekaki 182.
Trendelenburg, Operationen an der Harnblase 443.
— 443. 658. 664.
Treymann 91.
Trinkler, N., Zur Technik der Hämorrhoidalknotenoperation 195.
Trost 364. 365.
Trouillet, Die Trichophytie, ihr Pilz und ihre Behandlung 348.
Tschapine, Syphilitische Erweichung des Radius 38.
Tschernogubow, Eine leichte und schnelle Methode zur bakterioskopischen Diagnose der Lepra 24.
— Behandlung der Psoriasis vulgaris 640.
— Lepra maculo-tuberosa 643.
— Die Bacillen der Lepra 644.
Tsitrino, Zur Behandlung des Favus 204.
Türkheim, Referate 12. 25. 27. 33. 34. 37. 38. 39. 41. 42. 44. 89. 90. 92. 93. 95. 96. 97. 99. 155. 185. 187. 194. 197. 204. 207. 242. 244. 344. 345. 348. 350. 351. 354. 396. 397. 408. 411. 505. 511. 518. 560. 561 567. 580. 592. 595. 600. 658.
Tuller 392.
Turro, Kultivation des Gonococcus auf artificiellen Medien 403.
— 410. 490.
Tuttle, J. P., Forcierte, lokalisierte Dilatation bei der Behandlung der Harnröhrenstriktur 463.
— Eine neue Behandlung der Epididymitis und Orchitis 649.
Tynell, Zur prophylaktischen Behandlung der Scarlatina 294.

Ughetti 640.
Ultzmann 23. 45. 238. 581.
*Unna, P. G., Zur Färbung der roten Blutkörperchen und des Pigments 1.
*— Die verschiedenen Phasen des Streptobacillus ulceris mollis 61.

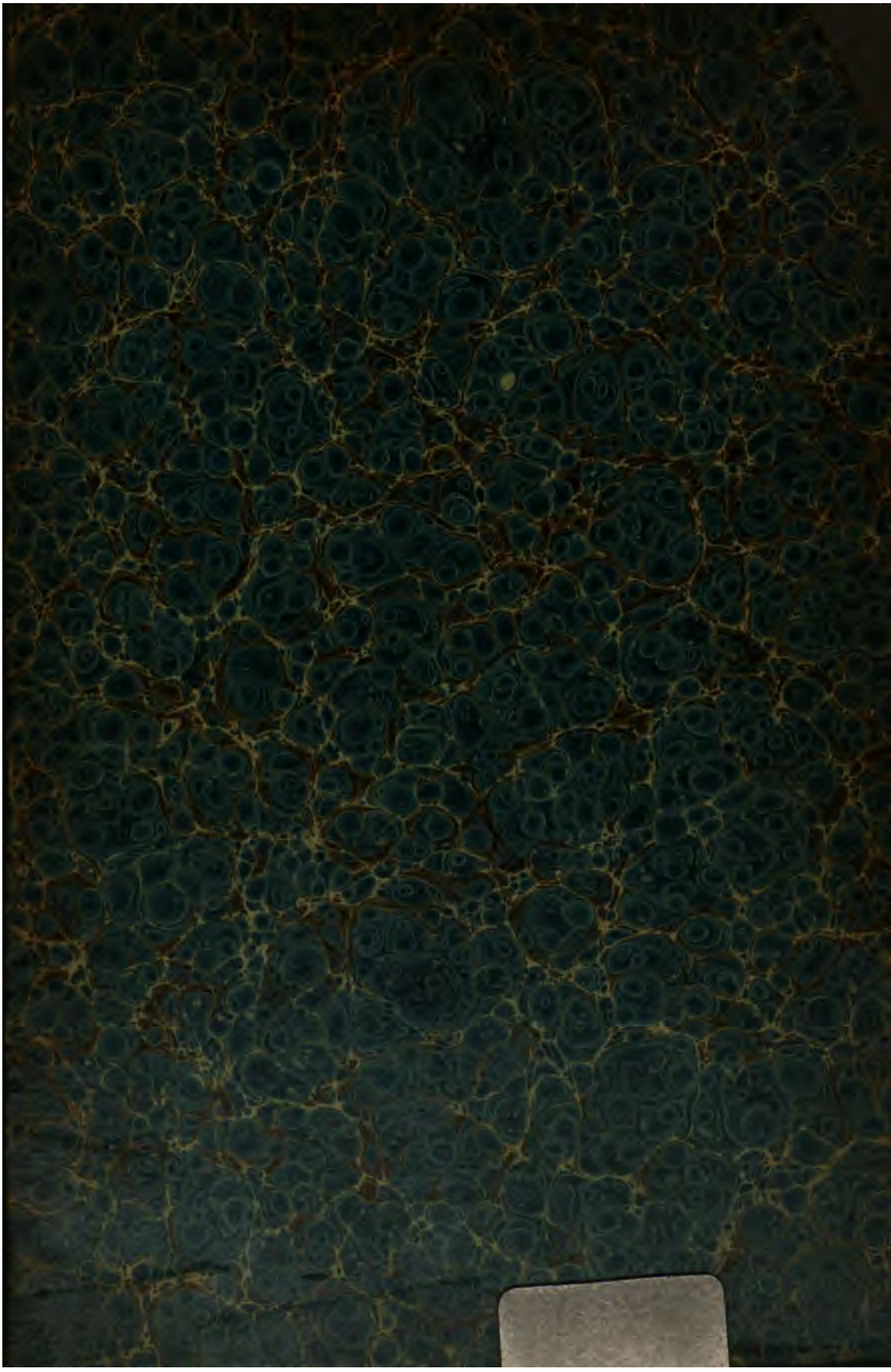
*Unna, P. G., Über Verwendung von Anilinmischungen zur tinktoriellen Isolierung von Gewebselementen 215. 271.
*— Färbung der Mikroorganismen in der Haut (mit Ausschluſs der Hornorganismen) 533.
— Über Piedra nostras 205.
— Referat 252.
— 11. 12. 17. 19. 20. 22. 56. 59. 61. 65. 66. 73. 75. 76. 98. 100. 101. 114. 115. 117. 136. 143. 157. 159. 161. 162. 166. 167. 175. 215. 230. 236. 247. 251. 252. 256. 271. 281. 282. 310. 323. 334. 352. 376. 384. 413. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 429. 430. 431. 432. 433. 456. 465. 467. 469. 494. 512. 517. 533. 536. 576. 601. 602. 605. 610. 612. 613. 634.
Unverricht, Akromegalie und Trauma 661.
— 358.
Ustinow, Fall von Myositis syphilitica et Affectio pulmonis dextra 641.

Vaughan, B. E., Versuche mit tierischem Blutserum bei der Behandlung der Syphilis 330.
— Paraphimosis, Balanoposthitis und Vegetationen am Penis 397.
— Periurethrale Abscesse 400.
— Phimosis 396.
— Tuberkulöses Geschwür der Blase 586.
— Schemata für die Einzeichnung der Läsionen des männlichen Urogenitalapparates 391.
Vedeler, Die Sarkomsporozoen 186.
Veiel 242. 503.
Venturi, S., Blennorrhagische Psychopathie 50.
Verhoogen, Ein seltener Fall von Blasenmyom 240.
Verneuil, Syphiloma ano-rectale 36.
— Die Neurotomie bei schmerzhafter Gangrän 200.
— 201. 660.
— und Puttemans, Über einen sonderbaren Fall von Vaccine 303.
Verney, J. du 361.
Vidal 57. 229. 266. 267. 344. 354. 368. 412. 449. 503. 637.
Vidart 556.
Vignes, Intraokulare, retrobulbäre Neuritis infolge von Syphilis hereditaria tarda 518.
Villan 202.
Villard, Über die Resektion der Strikturen im perinealen Abschnitte der Urethra mit nachfolgender Urethroplastik 463.
— und Jaboulay, Inguinale und krurale Blasenhernien 585.
Villard und Paviot, Über maevusartige Knäueldrüsenadenome 660.
Vincent, M. H., Der Parasit des Pied de Madura 354.
Virchow, Sarcoma fusocellulare 187.
— Zur Geschichte der Lues 634.
— 136. 158. 162. 251. 381.
Vodeler, Über die Impotenz des Weibes 154.
Vogt, V., und Pichler, K., Zur Lehre von der Nukleoalbuminurie 147.
Vohwinkel, C., Ein Beitrag zur Lehre von den Wachstumsstriae 195.
Voigt, L., Über den Einfluſs der Pockenkrankheit auf Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Fötus 503.
— 17. 299.
Voituriez 556.
Volkmann, v., 208. 235. 583.
Vollert, Über einige Methoden der Syphilisbehandlung, besonders über Einspritzungen mit Hydrargyrum succinimidatum 525.
Volterra, Partielle Gangrän des Präputium und der Penishaut durch Streptokokkeninfektion 396.
Voltolini 398.
Vonte 150.

Wälsch 420. 421. 422. 423. 429. 432.
Wagner 358.
Wahltuch, D., Eigentümliche kutane Produkte 579.
Waldeyer, W., Über Bindegewebszellen, insbesondere über Plasmazellen 251.
— 136.
Waldstein, L., Beobachtungen an Leukocyten, sowie über einige therapeutische Versuche mit Pilokarpin bei der (Diphtherie?) Streptokokken-Angina, Lymphdrüsenerkrankungen, Tuberkulose und Lupus 515.
Wall 201.
Wallach 216.
Walter, Der Augentripper 410.
Walton und de Buek, Das Europhen der Chirurgie 459.
Wasielewski 575.
Wassermann, Über zwei Variolafälle 444.
— 581.
Wassilieff 591.
Webber, Variola 296.
Weigert 224. 237. 271. 585. 542.
Weir, R. F., Zur Chirurgie des Urogenitalapparates 390.
— 390.
Weifs, M., 210.
Welander, Ein Fall von Blennorrhoe, mit Endocarditis samt kutanen Manifestationen kompliziert 50.

Welander, Über die Behandlung mit Wärme 102.
—, Über die Frage der präventiven Behandlung der Syphilis 522.
— Ein Fall von Blennorrhoe, mit Endocarditis und kutanen Manifestationen kompliziert 410.
— 100. 102. 103. 136. 369. 372. 373.
Welcker 113.
Wendeler, P., Zur Histologie der syphilitischen Erkrankung der Hirnarterien 651.
Wertheim 48. 328. 401. 405. 406. 490. 551. 552. 553. 554. 555.
Wertheimber, Über die erythematöse Zungenrandentzündung der Säuglinge 411.
Wessinger, J. A., Myxödem (mit photographischen Abbildungen) 198.
West, M., Zwei Fälle von Phenacetinexanthem 569.
—, S., Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris (Devergie) 451.
Westphal 44.
Westphalen 91.
Wetzel, D. E., Eccema marginatum und Eccema seborrhoicum 501.
Weyl 419. 429. 432.
White 640. 645.
—, D. K., Ein Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum 457.
—, J. C., 31.
—, J. W., Die Resultate bei der Behandlung der Prostatahypertrophie 284. 448. 489.
— Eine persönliche Erfahrung mit Pocken 297.
— 490.
Wickham, H. L., Über ein pathognomisches Zeichen des Lichen planus 175. 343.
— Pityriasis rubra pilaris 229.
—, Referate 82. 133. 175. 228. 636.
— 175. 637. 638.
Wiesinger, Die Bildung einer Witzelschen Schrägfistel in der Blase bei carcinomatöser Zerstörung der Urethra 304.
Wigglesworth 57.
Wilks, S, 325.
Willan 262. 263. 413. 414. 417.
William 452.
Williams, J. T., Zwei Fälle von rasch sich ausbreitender Gangrän an den oberen und unteren Extremitäten 665.
Williamson, Spinale Thrombose und Hämorrhagie infolge von syphilitischer Erkrankung der Gefäße 254.
Willis 150.
Wilmans, Über Tripperrheumatismus 409.
— 410.
Wilson, Ein Fall von malignen Masern 296.
— 89. 175. 417.
Winfield, J. M., Ein Fall zum Diagnostizieren 18. 19.
— Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris 19.
— Lupus bei einer Frau und ihrer Tochter 331.
— Ein Fall von Ichthyosis 386.
— Blutuntersuchungen in Bezug auf die Entstehung des Herpes zoster durch Malaria 575.
— Referate 292. 332. 390.
— 19. 20. 291. 386. 387. 389.
Winkel, Formal bei katarrhalischer oder blennorrhoischer Vaginitis und Endometritis 594.
Winslow, K., Ein Fall von Morbus Addisonii 662.
Winternitz, R., Über Allgemeinwirkungen örtlich reizender Stoffe 508.
— 238.
Wishara, W. N., Über drei interessante Fälle von Epitheliom 447.
Wisser 256.
Wittkowski, A., Der galvanische Pinsel. Die Behandlung der Impotenz, Ischias und Tabes dorsalis 359.
Wittzack, Ein primäres Adenom der Harnblase beim Manne 237.
— Milchsäure gegen Blasentuberkulose 587.
— 459.
Witzel 304.
Wölfler, Abnorme Ausmündungen der Ureteren 444.
Wolberg, L., Ein neuer Fall von Scharlachpocken 293.
Wolf 503.
Wolff, A. 368. 370. 371. 372.
—, L., 26. 334.
Wolters, M., Über die lokalen Veränderungen nach intramuskulärer Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate 336.
— Über Mykosis fungoides 352.
Wood 150.
Woolsey, G., Einige Betrachtungen über Prostatektomie 249. 456.
— 392.
Work, H., Über das „Sich-versehen“ der Schwangeren 360.
Workman, Charles 94.
Wossidlo, H., Über den Wert der Urethroskopie für die Diagnose und Therapie der chronischen Blennorrhoe 405.
— 256.
Wreden 390.
Wright 96.
Wyman, W. C., 31.

Yarrow, G. E., Prämie für jede erfolgreiche Impfung 301.

Zambilovici und Babes, Noma 354.
Zander 114. 115.
Zarewicz, A., Über die Autoinokulation des primären syphilitischen Geschwüres 495.
Zaufal, Gustav, Ein Beitrag zur Kasuistik der echten Diphtherie der Haut 96.
Zeidler, H., Über aseptische Behandlung von Eiterungen 518.
Zeifsl 109.
—, M. von, Die Bedeutung der Untersuchung auf Gonokokken für die Diagnose des Harnröhrentrippers und für das Urteil über die Heilung desselben 342.
Zelenew, Die Menge des Hämoglobins in den roten und weifsen Blutkörperchen bei der Psoriasis 93.
Zenker 651.
Ziegler 159.
Ziehl 537. 543.
Ziemssen, Die Heilung der konstitutionellen Syphilis 520.
— 175. 344.
Zinno, A., und Gioffredi, C., Beitrag zur Pathologie der Addisonschen Krankheit 662.
Zuntz, N., und Frank, E., Studien über Wundheilung mit besonderer Berücksichtigung der Jodpräparate 140.
Zweifel 304. 305.

~~41B~~
41C 1608 ~~3414~~